

Aus dem Fachgebiet : Geschichte der Medizin

Ruhr-Universität Bochum

Leiter: Prof. Dr. med. habil. Erich Püschel

DIE GESCHICHTE DER KNAPPSCHAFTSKRANKENHÄUSER
IM RAUM GELSENKIRCHEN UND IHRE BEDEUTUNG FÜR
DIE INDUSTRIEBEVÖLKERUNG

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Doktorgrades der Medizin

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der Ruhr-Universität zu Bochum

vorgelegt von

Georg Stetter

aus Datteln

1984



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546407_0033

Aus dem Fachgebiet : Geschichte der Medizin
Ruhr-Universität Bochum
Leiter: Prof. Dr. med. habil. Erich Püschel

DIE GESCHICHTE DER KNAPPSCHAFTSKRANKENHÄUSER
IM RAUM GELSENKIRCHEN UND IHRE BEDEUTUNG FÜR
DIE INDUSTRIEBEVÖLKERUNG

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n
zur

Erlangung des Doktorgrades der Medizin
einer

Hohen Medizinischen Fakultät
der Ruhr-Universität zu Bochum

vorgelegt von
Georg Stetter
aus Datteln

1 9 8 4

Dekan: Prof.Dr.med. B.A.Peskar
Referent: Prof.Dr.med.Dr.med.h.c. E.Püschel
Korreferent: Prof.Dr.med. W.Kozuschek
Tag der mündlichen Prüfung: 12.12.1984

Inhaltsverzeichnis

Seite

Teil 1: DAS "BERGMANNSHEIL II" IN GELSENKIRCHEN-BUER

I.	DIE ENTWICKLUNG DES DEUTSCHEN KNAPP- SCHAFTSWESENS	1
II.	DIE VORAUSSETZUNG FÜR DEN BAU DES "BERGMANNSHEIL II" GELSENKIRCHEN-BUER	7
III.	DIE WAHL DES STANDORTS	10
IV.	DIE BAUPLANUNG UND FINANZIERUNG	11
V.	DIE EINWEIHUNG DES "BERGMANNSHEIL II"	14
VI.	DIE BESCHREIBUNG DES KRANKENHAUSNEUBAUES	17
	1. Das Bettenhaus	17
	2. Der Mittelbau	18
	3. Die Wirtschaftsgebäude	19
	4. Die Parkanlagen	20
VII.	DAS "BERGMANNSHEIL II" UNTER CHEFARZT DR.EMIL KOCH (1884-1957) VON 1929 BIS 1954	21
	1. Die Entwicklung der Chirurgischen Ab- teilung des "Bergmannsheil II" von 1929 - 1953	21
	2. Der Einfluß des "Bergmannsheil II" auf die Entwicklung der Ersten Hilfe	31
	a) Der Schleifkorb	31
	b) Die Ausbildung zur Ersten Hilfe am "Bergmannsheil II"	32
	c) Der Beginn werksärztlicher Tätigkeit	34
	d) Die Behandlung stumpfer Bauch- verletzungen	35
	e) Die künstliche Wiederbelebung mit der Hand	35
	3. Die chirurgische Arbeit im "Bergmanns- heil II" unter Chefarzt Dr.EMIL KOCH (1884-1957)	39

	<u>Seite</u>
a) Die Versorgung frischer Wunden	39
b) Die Knochenbruchbehandlung	41
c) Die Führung der Krankengeschichten und Gutachten	42
VIII. DIE CHIRURGISCHE ABTEILUNG DES "BERGMANN-SHEIL II" UNTER DEM ÄRZTLICHEN DIREKTOR DR. FRITZ WOLF (geb. 1910) VON 1954 BIS 1974	44
1. Die Entwicklung der Chirurgischen Klinik von 1954-1974	44
2. Die Ärzte der Chirurgischen Klinik (1929 - 1975)	52
IX. DIE INNERE-UND NERVENABTEILUNG DES "BERGMANN-S- HEIL II" VON IHRER GRÜNDUNG 1934 BIS ZUM JAHRE 1963 UNTER DER LEITUNG VON DR. WILHELM SILBERKUHLE	54
1. Die Gründung der Inneren-und Nervenabteilung	54
2. Der Vorläufer der Inneren Abteilung	55
3. Die Innere- und Nervenabteilung in den Jahren 1934 - 1950	56
4. Die neue Therapie und Technik der Inneren Abteilung von 1950 bis 1963	63
X. DIE INNERE- UND NERVENABTEILUNG DES "BERGMANN-S- HEIL II" VON 1963 BIS ZUM JAHRE 1974 UNTER DER LEITUNG VON DR. AUGUST WEBER (1919-1976)	75
1. Die Entwicklung der Inneren- und Nerven- abteilung von 1963 - 1974	75
2. Die Ärzte der Inneren Klinik (1929-1975)	81
XI. DIE ENTWICKLUNG DER BIOPHYSIKALISCHEN ABTEILUNG	82
XII. DIE TECHNISCHE ENTWICKLUNG IN DER RÖNTGENABTEILUNG	86
XIII. DER AUFBAU DER ANÄSTHESIEABTEILUNG	88

XIV.	DIE ENTSTEHUNG KLEINERER FACHABTEILUNGEN AM "BERGMANNSEIL II" BUER	90
XV.	DIE SCHWESTERNSCHAFT AM "BERGMANNSEIL II" BUER	92
XVI.	DIE ENTWICKLUNG ZUM BERUFGSGENOSSEN- SCHAFTLICHEN TRÄGERVEREIN IN DEN JAHREN 1975 UND 1976	93
XVII.	DAS BUNDESKNAPPSCHAFTSKRANKENHAUS GELSENKIRCHEN-BUER IN DEN JAHREN 1977 UND 1978	100
	ZUSAMMENFASSUNG TEIL 1	103

Teil 2: DAS KNAPPSCHAFTSKRANKENHAUS IN GELSENKIRCHEN- ÜCKENDORF

I.	DIE GRÜNDUNG DES KNAPPSCHAFTSKRANKENHAUSES GELSENKIRCHEN-ÜCKENDORF	106
II.	DIE BESCHREIBUNG DES KRANKENHAUSNEUBAUES	109
III.	DAS KNAPPSCHAFTSKRANKENHAUS GELSENKIRCHEN- ÜCKENDORF VON DER ERÖFFNUNG IM JAHRE 1905 BIS ZUM JAHRE 1939	116
IV.	DAS KNAPPSCHAFTSKRANKENHAUS GELSENKIRCHEN- ÜCKENDORF VOM JAHRE 1939 BIS ZUM JAHRE 1976	121
	1. Das Haus im zweiten Weltkrieg	121
	2. Das Haus nach Kriegsende	121
	3. Die Ärzte der Chirurgischen Abteilung	127
	4. Die Ärzte der Inneren Abteilung	128
	5. Die Ärzte der Röntgenabteilung	129
	6. Die Entwicklung von Fachabteilungen	129
	a) Die Gynäkologische Abteilung	129
	b) Die Urologische Abteilung	130
	c) Die Orthopädische Abteilung	130
	d) Die Neurologische Ambulanz	130
	e) Die Einrichtung einer modernen Intensivstation	131

f) Die Vertrauensärztliche Untersuchungsstelle	131
g) Die Schwesternschaft	131
V. DIE SCHLIESSUNG DES KRANKENHAUSES GELSENKIRCHEN-ÜCKENDORF IM JAHRE 1977	133
ZUSAMMENFASSUNG TEIL 2	135
FOTOS Abb.23 bis Abb.34	136
LITERATURVERZEICHNIS	141
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	153
DANKSAGUNG	
LEBENS LAUF DES VERFASSERS	

TEIL 1: DAS "BERGMANNSHEIL II" IN GELSENKIRCHEN-BUER

I. DIE ENTWICKLUNG DES DEUTSCHEN KNAPPSCHAFTSWESENS

Die Gegend von Sieg und Lahn sowie das Fichtelgebirge gehörten zu den ältesten deutschen Bergbaugebieten, von wo aus im 10. Jahrhundert die Bergleute in den Harz und in das sächsische Erzgebirge zogen. Am Ende des 15. Jahrhunderts entstanden mit dem Freiburger Bergbau auf dem Schneeberg und in der Stadt Annaberg neue Zentren des Erzabbaues (35).

Am Anfang arbeiteten die Bergleute in einer produktionsgenossenschaftlichen Form zusammen, wobei jeder einen Anteil am Bergwerk hatte. Im 13. Jahrhundert begann die Umwandlung in den kapitalistischen Bergwerksbetrieb mit Lohnarbeit, da sich die reichen Bürger und Adligen aus der Metallförderung große Gewinne erhofften. Im Gegensatz zum größten Teil der Landbevölkerung, die in einem persönlichen Abhängigkeitsverhältnis lebte, genossen die von den Bergwerkseigentümern umworbenen Bergleute viele Privilegien: Recht der freien Niederlassung, Schätzungs- und Steuerfreiheit, eigene Gerichtsbarkeit, besondere Berufstracht (1). Die Gefährlichkeit ihrer Arbeit, die einsame Lage der Bergwerke, die persönliche Freiheit im Gegensatz zur Landbevölkerung und die Interessenvertretung gegenüber den Bergwerkseignern führten zur Entwicklung der kameradschaftlichen Vereinigung, der KNAPPSCHAFT (8). Die Knappschaft war ursprünglich die Schicksalsgemeinschaft aller Knappen, d.h. aller im Silber-, Erz- oder Kohlebergwerk arbeitenden Männer. Innerhalb der Knappschaft bildeten sich lose Organisationen, "Bruderschaft", "Altarbruderschaft" und "Büchsenkassen", deren wichtige Aufgabe von Anfang an die Unterstützung der kranken Mitglieder und der Hinterbliebenen war (27).

Die Bezeichnung Knappschaft wurde zuerst in einer erzgebirgischen Urkunde vom 7.10.1426 erwähnt (50), aber schon im Jahre 1260 hatte der Bischof JOHANN von HILDESHEIM eine Bruderschaft bei Goslar bestätigt, in der man die Anfänge der knappschaftlichen Fürsorge sehen kann, nämlich:

"in subsidium, pauperum et debilium, qui labore montis qui Ramesberch nuncupatur, debilitate corporis et rerum penuria sunt oppressi" (36).

Im Annaberger Erzbergbau wurde 1503 eine Knappschaftslade für die Büchsenpfennige der Knappen eingerichtet, die ärztliche Hilfe, Kranken- und Invalidengelder finanzieren sollte.

Im Jahre 1556 wurde in Schwaz in Tirol von dem Berggerichtsschreiber LUDWIG LÄSSL das "Schwazer Bergbuch" geschrieben, in dem eine Hausordnung des 1510 gegründeten Bruderhauses in Schwaz zu finden ist, nachdem im Jahre 1530 GEORGIUS AGRICOLA (1490-1555), Arzt in Joachimsthal, sein Werk "De re metallica libri XII" veröffentlicht hatte.

Dieses in die Geschichte eingegangene Haus wird als das älteste Knappschafts Krankenhaus oder Werkspital der Welt angesehen (6). Die ersten Knappschaftskassen hatten noch keine festen Satzungen und die Leistungen wurden von den Mitgliedern selbst bestimmt, bis die Bergbehörden anfangen, eine gewisse Kontrolle über den Verwendungszweck der Gelder auszuüben. Zu den wichtigsten Bergordnungen, die auch die Knappschaften berücksichtigten, gehörte die im Jahre 1509 von Herzog GEORG von SACHSEN erlassene Verordnung für Annaberg, die als Muster aller neueren Bergordnungen angesehen wird.

Seit 1590 wurde im Ruhrgebiet Kohle gewonnen. Einen bedeutenden Aufschwung nahm der Bergbau in Preußen durch das "General-Privilegium für Bergleute im Herzogtum Cleve, Fürstentum Moers und Grafschaft Marck" von 1767 durch FRIEDRICH den GROSSEN und die Ordnung des Knappschaftswesens durch den Reichsfreiherrn HEINRICH FRIEDRICH KARL von und zum STEIN (1757-1831), der 1784 Direktor des Märkischen Bergamts wurde (37). Mit der französischen Besetzung nach 1806 gingen die Privilegien wieder verloren. Es hatte sich so ein Wandel von der Knappschaft als Schicksalsgemeinschaft der Bergleute zur späteren Organisationsform der Knappschaft vollzogen. Letztere entwickelte sich zu einer Unfall- und Krankheitsversorgungskasse des einzelnen Bergmannes.

Die Bergarbeiter in den Städten an der Ruhr wurden nach ihren Wohngebieten 1840 in Sprengel aufgeteilt, in denen jeweils ein von der Knappschaft bezahlter Arzt arbeitete. Schon seit der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts hatte es Bergärzte gegeben.

Einer der ersten war CARL ARNOLD KORTUM, geboren 1746 in Mülheim an der Ruhr, gestorben 1824 in Bochum. Erst im Jahre 1852 wurde die Trennung zwischen Bergarzt und Bergchirurg aufgehoben und die ärztliche Betreuung nur noch von Knappschafts-Ärzten vorgenommen. Zuvor hatten die Bergchirurgen, die nicht akademisch ausgebildete Heilkundige waren, bei leichteren inneren oder äußeren Verletzungen in eigener Verantwortung behandelt. Bei schweren Fällen mußte der Rat des Bergarztes hinzugezogen werden (38).

Das preußische Knappschaftsgesetz von 1854 brachte den Vereinen die Selbstverwaltung, wobei der Knappschaftsvorstand je zur Hälfte mit Arbeitgebern und Arbeitnehmern besetzt war. Die Einrichtung von Knappschaftsvereinen und die Mitgliedschaft der Bergleute wurden obligatorisch. Auf medizinisch-sozialem Gebiet wurde festgelegt: freie Kur und Arznei bei Krankheit, Krankenlohn in Höhe des halben Normallohnes, lebenslange Invalidenunterstützung, Versorgung der Witwen und Kinder verstorbener Bergleute. Das Allgemeine Berggesetz für die preußischen Provinzen von 1865, das die Bestimmungen von 1854 fast vollständig übernommen hatte, bildete den Schlußstein der liberalen Berggesetzgebung und wurde für ganz Deutschland vorbildlich (9).

Durch die Einrichtung des "Allgemeinen Deutschen Knappschaftsverbandes" im Jahre 1882 wurde die Selbständigkeit der Knappschaftsvereine bei der Einführung der reichsgesetzlichen Krankenversicherung 1883, der Unfallversicherung 1884 und der Invaliditäts- und Altersversicherung 1889 bewahrt. Die Organisation und Leistungen der Knappschaft können mit Recht als Vorbild für das große Gesetzeswerk BISMARCKS angesehen werden. Um den Anforderungen des Krankenversicherungsgesetzes zu genügen, mußten die Statuten der Knappschaftskrankenkasse etwas geändert und das Kranken- und Sterbegeld erhöht werden (65).

Durch die Vereinigung des Märkischen, Essen-Werdenschen und Mülheimer Knappschaftsvereins entstand 1890 der "Allgemeine Knappschafts-Verein" mit Sitz in Bochum. Dieser den ganzen Ruhrbezirk umfassende Verein gab den Bergleuten die langersehnte

Möglichkeit, ohne Nachteile von einem Bergwerk in ein entfernteres zu wechseln. Die Bergleute waren zwar auch vorher nicht an die Zechen gebunden, konnten aber bei einem anderen Knappschaftsverein erst nach einer längeren Wartezeit Vollmitglied werden.

Durch die Novelle zum Allgemeinen Berggesetz von 1906 wurde der seit dem Mittelalter bestehende Unterschied zwischen ständigen und unständigen (minderberechtigten) Bergleuten aufgehoben (67). Zur Sicherstellung der Rentenversorgung gründete man im Jahre 1907 die "Knappschaftliche Rückversicherungsanstalt" mit Sitz in Berlin.

Um die besonderen Erkrankungen der Bergleute zu behandeln, wurde von der Ruhrknappschaft im Jahre 1900 mit dem Bau der Lungenheilstätte Beringhausen bei Meschede begonnen. In den Jahren 1905 und 1906 wurden die Knappschaftskrankenhäuser Gelsenkirchen-Ückendorf und Recklinghausen vollendet. Das große Verwaltungsgebäude der Ruhrknappschaft wurde am 18.6.1910 in Bochum an der Pieperstraße eingeweiht, nachdem das alte Dienstgebäude an der Viktoriastraße zu klein geworden war.

In den Jahren 1917/1918 entstanden die Kurhäuser in Winterberg und Bad Rothenfelde. 1918 erwarb der Allgemeine Knappschaftsverein das Gemeinde-Krankenhaus in Langendreer und 1920 wurde die Lührmannstiftung in Essen für nervenkranke Mitglieder gepachtet. Ende 1924 wurde das Kurhaus in Bad Driburg und 1925 das Sanatorium in Helmarshausen eröffnet. Mit Beginn des Jahres 1924 trat ein neues Reichsknappschaftsgesetz in Kraft, das alle bisherigen Knappschaftsvereine, Knappschaftskrankenkassen und den Rückversicherungsverband zum Reichsknappschaftsverein zusammenschloß. Das neue Gesetz garantierte für das ganze Deutsche Reich einheitliche Beiträge und Leistungen. Das Reichsknappschaftsgesetz umfaßte alle Zweige der sozialen Versicherung mit Ausnahme der Unfallversicherung (68).

Im Jahre 1927 wurde das Knappschafts-Krankenhaus in Essen-Steele, 1928 das Kurhaus in Bad Neuenahr, 1930 das Knappschafts-Krankenhaus in Hamm und 1931 des Knappschafts-Krankenhaus in Bottrop

eröffnet. Im Jahre 1933 hatte die Reichsknappschaft außer den für das Ruhrgebiet besonders erwähnten Häusern 29 Krankenhäuser und 13 Erholungsheime. Unter dem nationalsozialistischen Regime wurden die Selbstverwaltungsorgane abgeschafft, und an die Spitze des Reichsknappschaftsvereins trat ein Reichskommissar (69).

Die Bezirksknappschaften Westdeutschlands schlossen sich 1949 zu einer "Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften der Bundesrepublik Deutschland" in Bochum zusammen, deren Aufgaben als Nachfolger der Reichsknappschaft im Knappschaftsversicherungs-Anpassungsgesetz vom 30.7.1949 begründet wurden. Das wichtigste Mitglied der neuen Arbeitsgemeinschaft mit den meisten Bergleuten war die Ruhrknappschaft in Bochum, die 1945 nach dem Ausfall der Reichsknappschaft entstand.

Am 24.10.1952 weihte man das neue Verwaltungsgebäude der Ruhrknappschaft für das im Krieg zerstörte Dienstgebäude an der Pieperstraße in Bochum ein. Das erste neue KnappschaftsKrankenhaus wurde 1958 in Dortmund-Brackel eröffnet. Am 1. August 1969 wurde die Bundesknappschaft in Bochum gegründet, die die Bezirksknappschaften der bis dahin bestehenden Arbeitsgemeinschaft übernahm.

Die Bundesknappschaft betreute 1978 als Träger der knappschaftlichen Kranken- und Rentenversicherung 329000 "aktive" Versicherte und 732000 Rentner in 13 Krankenhäusern, 9 Sanatorien, 3 Vorsorgeheimen und 22 Untersuchungsstellen (59). Das Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 besagte, daß die Unfallfürsorge der neu zu gründenden Knappschafts-Berufsgenossenschaft übertragen werden sollte. Die Versorgung der im Bergbaubetrieb Verletzten war bei den alten Knappschaften nicht besonders abgegrenzt. Man dachte also anfangs daran, den Knappschaften, ähnlich wie bei der Krankenversicherung, auch die gesetzliche Unfallversicherung der Bergleute zu übertragen. Es wurde jedoch bald deutlich, daß sich die neue, allein von den Werksbesitzern getragene Versicherungsgemeinschaft nicht in den Rahmen der paritätisch verwalteten Knappschaftsver-

sicherung einfügen ließ. Am 1. Oktober 1885 wurde die Knappschafts-Berufsgenossenschaft mit Hauptsitz in Berlin gegründet.

Am 1. März 1890 wurde das Krankenhaus "Bergmannsheil" in Bochum als erstes rein berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus in Deutschland eingeweiht.

Nach dem 12. Mai 1925 gehörte auch die Behandlung von gewerblichen Berufskrankheiten zum Aufgabengebiet der Knappschafts-Berufsgenossenschaft.

Die starke wirtschaftliche Aufwärtsentwicklung im Ruhrgebiet seit 1890 führte am 18. Oktober 1929 zur Gründung einer weiteren berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik, dem "Bergmannsheil II" in Gelsenkirchen-Buer.

Die Knappschafts-Berufsgenossenschaft wurde 1944 in Bergbau-Berufsgenossenschaft umbenannt und der Sitz der Hauptverwaltung 1947 von Berlin nach Bochum verlegt (66).

II. DIE VORAUSSETZUNG FÜR DEN BAU DES BERGMANNSSHEIL II GELSENKIRCHEN-BUER

Waren für die Gründung und den Bau des Krankenhauses "Bergmannsheil" in Bochum im Jahre 1889 soziale und sozialmedizinische Gründe maßgebend, die durch die starke industrielle Entwicklung in den achtziger und neunziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts bedingt waren, so lagen die Dinge für den Bau des Krankenhauses "Bergmannsheil II" in Gelsenkirchen-Buer anders (31).

Wie die Auszüge aus den Sitzungsniederschriften des Vorstandes der früheren Sektion II der Knappschafts-Berufsgenossenschaft zeigten, wurde am 30. November 1926 die Frage behandelt, in welcher Weise es möglich wäre, das Heilverfahren bei Unfallverletzten zu verbessern¹. Im weiteren Verlauf der Sitzung wurde beschlossen, neben dem schon bestehenden Krankenhaus "Bergmannsheil" Bochum im Bezirk Buer ein zweites chirurgisches Krankenhaus zu bauen. Der erste Chefarzt des "Bergmannsheil II" Gelsenkirchen-Buer schrieb in seinen Erinnerungen an das "Bergmannsheil" in Buer über den Zweck des Krankenhauses:

"Die neuere Gesetzgebung hat den Berufsgenossenschaften die Verantwortung für das Unfallheilverfahren vom Unfalltag ab übertragen. Der Gesetzgeber ging hierbei davon aus, daß im allgemeinen ein möglichst frühes Eingreifen des Trägers der Unfallversicherung eine zweckmäßigere Behandlung und damit einen günstigeren Erfolg des Heilverfahrens gewährleistet als die Hilfe der Krankenkasse. Das sei naturgemäß, da die Fürsorge für Unfälle die eigentliche Aufgabe der Träger der Unfallversicherung, der Berufsgenossenschaft, sei und da diese Versicherungsträger mit Einrichtungen zur Heilung der Unfallschäden besser ausgestattet sein müßten als der Durchschnitt der Krankenversicherungsanstalten, auch über Ärzte verfügten, die für die Heilung von Unfallfolgen in besonderem Maße vorgebildet und erfahren seien" (13).

Die Sektion II der Knappschafts-Berufsgenossenschaft war schon seit langem bemüht, die verletzten Bergleute nicht in ein be-

¹ Anwesend waren die Vorstandsmitglieder: Dr. Winkhaus, Schulze-Vellinghausen, Dr. Funke, Stens und von Velsen. Die Verwaltung wurde vertreten von: Dr. Stoecker, Fricke, Pieper, Leidenroth.

liebiges, nahe gelegenes Krankenhaus zu bringen, sondern, soweit die Verletzten transportfähig waren und die Entfernung es zuließ, in das hoch spezialisierte Krankenhaus "Bergmannsheil" in Bochum. Die Verlegung der Schwerverletzten in das "Bergmannsheil" sollte nicht als Unterbewertung der Übrigen in der Umgebung gelegenen Krankenhäuser gewertet werden, denn auch dort gab es ausgezeichnete Chirurgen. Die Unfallchirurgie jedoch und besonders die Extremitätenchirurgie und die Orthopädie hatten sich als Fachwissenschaft soweit fortentwickelt, daß sie den Unfallopfern auf keinen Fall vorenthalten werden durfte. Das "Bergmannsheil" konnte wie kein anderes Krankenhaus im Ruhrrevier auf eine Reihe erfahrener Unfallchirurgen unter der Leitung von Prof.Dr. GEORG MAGNUS (1883-1942), dem Nachfolger von Prof.Dr. MAX von BRUNN (1875-1924), zurückgreifen.

Sowohl wegen der manchmal zu weiten Entfernung, als auch wegen der Überbelasteten Kapazität des "Bergmannsheil" war es nicht immer möglich, allen verletzten Bergleuten die Vorzüge dieses einzigartigen Unfallkrankenhauses zukommen zu lassen. Das Organ der damaligen Knappschafts-Berufsgenossenschaft, "Der Kompaß", schrieb über den Neubau:

"Bei der dauernden Überbelegung von "Bergmannsheil" und der Unmöglichkeit, es zu erweitern, hat sich der Sektionsvorstand, auch im Hinblick auf die erhöhten Aufgaben, die den Berufsgenossenschaften nach der neuerlichen Gesetzgebung hinsichtlich des Heilverfahrens auferlegt sind, im Sommer 1927 zu dem Neubau entschlossen" (42).

Es mußte zuvor ein Teil der Unfallverletzten in andere Krankenhäuser überwiesen werden, so in das katholische Brüderkrankenhaus in Dortmund, in das evangelische Marienstift Hamborn, in das Johanniter-Krankenhaus in Sterkrade und in die Knappschaftskrankenhäuser. Die Zuhilfenahme dieser Häuser reichte jedoch, abgesehen von ihrer mangelnden technischen Spezialisierung auf dem Gebiet der Unfallchirurgie, nicht aus, alle Verletzten zu versorgen. Ein Teil mußte in weit entfernte Krankenhäuser gebracht werden.

Die Nachteile dieser langen Fahrten ließen sich auch nicht durch die Anschaffung von vier modern eingerichteten Krankenautos und die Bereitstellung entsprechender Fahrzeuge der Städte Dortmund und Gelsenkirchen beheben.

Auch W. OSTERMANN zeigte in seiner Arbeit über "Die Geschichte der Berufsgenossenschaftlichen Krankenanstalten Bergmannsheil Bochum", wie sehr das "Bergmannsheil I" überlastet war (29). Im Jahre 1925 wurden 1952 Operationen durchgeführt und 4284 Patienten stationär behandelt. Im Laufe der allgemeinen Verbesserung der wirtschaftlichen Lage in Deutschland nahm auch durch Mehrbeschäftigung die Zahl der verletzten Bergleute zu, so daß im Jahre 1929 3664 Operationen durchgeführt werden mußten, also fast um das Doppelte mehr als noch vor vier Jahren. Die Zahl der stationär behandelten Kranken stieg in derselben Zeit nur um 10% auf 4756 an. Die räumliche Aufnahmefähigkeit war erschöpft und man mußte, wie Prof.Dr. GEORG MAGNUS in seinem Jahresbericht feststellte, die stationäre Behandlungszeit verkürzen, was auf Kosten der Güte der Behandlung ging, obwohl im Jahre 1929 die Gesamtbettenzahl auf 507 erhöht wurde.

Die dauernde Überbelegung des "Bergmannsheil" in Bochum war somit einer der Hauptgründe für den Bau einer zweiten Unfallklinik; außerdem sollte die in Bochum gewonnene 40jährige Erfahrung einer möglichst großen Zahl der verletzten Bergleute zugute kommen. Ein weiterer Grund für die Errichtung eines neuen Hauses war wohl auch die "Erste Berufskrankheitsverordnung" (BKVO) vom 12.Mai 1929, in der die sog. Wurmkrankheit und die sog. Schneeberger Lungenkrankheit mit in die Unfallversicherung einbezogen wurden.

Aufgrund der Vorstandssitzung vom 30.11.1926 teilte Reg.Rat Dr.STOECKER, der Leiter der Sektion II der Knappschafts-Berufsgenossenschaft, dem damaligen Oberarzt am "Bergmannsheil" Bochum, Dr.KOCH, mit, daß er für das neue Unfallkrankenhaus als Leitender Chefarzt bestimmt sei. Ab Januar 1927 mußte Dr. KOCH neben seiner chirurgischen Arbeit in Bochum als ärztlicher Berater der Bauleitung für das neue Krankenhaus tätig sein.

III. DIE WAHL DES STANDORTS

Die voraussichtlich günstige Entwicklung der zahlreichen im Bezirk Buer befindlichen Schachtanlagen sowie das Vorrücken des westfälischen Bergbaus von der Ruhr über die Emscher bis zur Lippe und die günstigen Verkehrsverbindungen der Stadt gaben die Möglichkeit, eine persönliche Beziehung zwischen den Bergleuten des nordöstlichen Reviers und dem neuen Krankenhaus zu schaffen. Das über 30 Morgen große, nach Südosten leicht abfallende Gelände auf der Buer'schen Höhe im Süden der Stadt war von ausgedehnten Parkanlagen umgeben. Dr. KOCH schrieb über die Lage des neuen Krankenhauses:

"Da ich nach meiner Herkunft selbst ein Kind dieser Gegend an der Emscher und auf der Kohle bin, und alle Einzelheiten dieser Gegend und Heimat seit der Kindheit kannte, wird man verstehen, daß ich bei Beginn meiner chefarztlichen Tätigkeit einen grundsätzlichen Gedanken immer wieder in den Vordergrund schob: Es sollte jeder verletzte Bergmann, der an dieser Stelle seine Wiedergenesung fand, von vorneherein die Schönheit der Natur auf diesem Stück westfälischer Erde genauso empfinden wie jeder gesunde Mensch und zwar mitten in der tiefsten Industrie. Ich wußte aus eigener Erfahrung, daß mit Erreichung dieses Zieles alles jenes erreicht wurde, was in diesen ruhelosen Zeiten den meisten Menschen, besonders dem Arbeiter fehlt, nämlich das Gefühl, ein Stückchen Heimat und zwar eine schöne Heimat zu haben, was letzten Endes die Grundlage alles menschlichen Seins und Schaffens ist bzw. sein sollte" (17).

Die Ruhrknappschaft, die Besitzerin des 30 Morgen großen Gebietes ist, war bereit, das Grundstück für 6.400 RM je Morgen zu verkaufen, was vom Reichsversicherungsamt zum Zwecke der Errichtung eines Krankenhauses genehmigt wurde. Der Magistrat der Stadt Buer, der sich durch das Krankenhaus eine Belebung der Wirtschaft und des Baemarktes versprach, zeigte bei der Grundstückerschließung durch Anlegen von Straßen, der Leitungen für Wasser, Gas und Elektrizität, der Abführung der Abwässer usw. größtes Entgegenkommen (157).

IV. DIE BAUPLANUNG UND FINANZIERUNG

Die von Baurat UHLIG am 11.3.1927 vorgelegten Baupläne hätten einen Kostenaufwand von 3,5 Millionen RM erfordert. Da der Vorstand aber nur einen Betrag von 2.760.000 RM veranschlagt hatte, reduzierte man die vorgeschlagene Bettenzahl von 285 auf 240. Außerdem sollte das Bettenhaus um 1 Stockwerk niedriger gebaut werden. In der neuen Bettenzahl waren 16 Privat- und 24 Frauen- bzw. Kinderbetten enthalten (158).

Nach Angabe des Stadtbaurats und des Finanzdezernenten in Buer waren für die Aufschliebung erforderlichlich:

1. 100.000,--RM in der Zeit vom 1.8.1927 - 1.1.1928
für die Herstellung der Kanalisation,
Gas-, Wasser- und Lichtleitung.
2. 65.000,--RM etwa März 1928
für die Herstellung des Berger-Weges.
3. 100.000,--RM etwa Juli 1928
für die Herstellung der an der Westseite
des Grundstückes vorbeiführenden Straßen.
4. 150.000,--RM etwa April 1929
für die an der Nordseite vorbeiführende
Straße.
5. 70.000,--RM im Juli 1929
für die an den Haupteingang des Kranken-
hauses zugehende Nord-Süd-Straße.

Die Stadt Buer war zur Erschließung der an der Nordseite vorbeiführenden Straße bis zum Berger-Weg vertraglich verpflichtet. Der Sektionsvorstand gewährte am 21. Juni 1927 das vom Magistrat der Stadt Buer gewünschte Darlehen über 500.000 RM zur Erschließung der Straßen für den Krankenhausneubau mit einer Verzinsung in Höhe des jeweiligen Reichsbankdiskonts.

Im weiteren Verlauf der Beratungen wurde das neue, im Jahre 1927 fertiggestellte Knappschafts-Krankenhaus in Steele besichtigt, um

eine Vorstellung darüber zu bekommen, welche Innenausstattung in Buer mit den vorgesehenen Mitteln angeschafft werden könnte. Zugleich wurden die neuen Baupläne für das Krankenhaus Buer vom Sektionsvorstand gebilligt (159).

Die im Kostenvoranschlag aufgestellten Mehrkosten für einen weitgehenden Feuerschutz wurden ebenso gewährt wie die für einen unterirdischen Verbindungsweg vom Hauptgebäude zu den Flügeln der Nebengebäude und für einen zweiten Personenaufzug (160). Für den Bau des Chefarztwohnhauses waren im Kostenvoranschlag 70.400 RM vorgesehen. Der Sektionsvorstand bewilligte in der Sitzung am 16.März 1928 für diesen Zweck eine Erhöhung auf 80.000 RM, wodurch es möglich war, anstatt der vorgesehenen Terrasse ein Gartenzimmer zu bauen (161). Der Vorstand genehmigte weiter am 25.Juli 1928 nicht vorgesehene rd.12.000 RM für die Errichtung einer Bäckerei, 22.000 RM für eine Turnhalle und 8.800 RM Mehrkosten für Plattenbelag für die Flurwände anstelle des anfänglich geplanten Wandputzes (162). Am 28.Februar 1929 wurde auf Anraten des damaligen Generaldirektors Dr.GUSTAV KNEPPER in der Vorstandssitzung beschlossen, daß das neue berufsgenossenschaftliche Krankenhaus in Buer den Namen "Bergmannsheil Buer" tragen sollte (163).

Der damalige Chefarzt Prof.GEORG MAGNUS vom "Bergmannsheil" Bochum hatte Bedenken gegen den neuen Namen geäußert. Der Sektionsvorstand hielt jedoch nach einer Aussprache an seinem Beschluß fest, so daß das Krankenhaus in Buer nunmehr den Namen "Bergmannsheil II" in Gelsenkirchen-Buer führte.

Die Versorgung mit Medikamenten sollte vom "Bergmannsheil" Bochum aus gewährleistet werden, wo zu diesem Zweck mit Genehmigung des Regierungspräsidenten in Arnsberg am 1.Oktober 1929 eine Apotheke unter Leitung des Apothekers BROCKMANN eröffnet wurde (164).

Neben dem Chefarzthaus sollten nur Wohnungen für verheiratete Angestellte errichtet werden, die in dienstlichem Interesse möglichst nahe am Krankenhaus sein sollten. Weiterhin wurde

der Bau eines Treibhauses genehmigt, sofern dessen Errichtung den Betrag von 10.000 RM nicht überschritt (165).

Aus der Vorstandssitzung vom 18. Oktober 1929, dem Tag der Eröffnung des "Bergmannsheil II", gehen die endgültigen Gesamtkosten der Krankenhauserrichtung hervor:

	3.238.000 RM
Der Vorstand hatte bisher bewilligt:	<u>3.091.100 RM</u>
Der Betrag in Höhe von	146.900 RM
wurde vom Vorstand nachträglich genehmigt.	

V. DIE EINWEIHUNG DES BERGMANNSSHEIL II

Vom Vorstandsbeschuß am 30.11.1926, ein Krankenhaus zu bauen, bis zur Eröffnung am 18. Oktober 1929 waren also knapp drei Jahre vergangen. Die eigentliche Bauzeit betrug fast genau zwei Jahre. Der Übergabe des "Bergmannsheil II" in Gelsenkirchen-Buer an die ärztliche Leitung schloß sich eine Besichtigung des Hauses durch den Vorstand, den Vorsitzenden der Knappschafts-Berufsgenossenschaft, Geheimrat Dr. HILGER, den Oberbürgermeister ZIMMERMANN, den Stadtbaurat FUCHSLOCHER, den Kreisarzt Dr. SAEHRENDT und die Chefärzte des Krankenhauses "Bergmannsheil" Bochum an. Für die Sektion II der Knappschafts-Berufsgenossenschaft gab der Vorsitzende, Bergrat Dr. WINKHAUS, die Gründe für die Errichtung des neuen Hauses an und äußerte die Hoffnung, daß durch diesen Neubau die Versorgung der Verletzten aus dem Bergbau des nördlichen Teils des Sektionsbezirks eine wesentliche Verbesserung erfahren würde (166).

Anschließend erläuterten Dr. KOCH und der leitende Architekt, Baurat UHLIG, die einzelnen Gesichtspunkte, von denen man sich bei der Errichtung des Hauses habe leiten lassen. Im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung überreichte Baurat UHLIG dem Chefarzt Dr. KOCH als persönliches Geschenk ein in der Gelsenkirchener Künstlerkolonie "Halfmannshof" durch HANS KLEIN geschaffenes Gästebuch, in das sich die an der Einweihung Beteiligten eintrugen.

Buer den 18. October 1929.

Salus regni suprema lex!

Ewald Hilger.

Magister der Universität Göttingen.

F. Winkler

Simmermann

Hornshuter

Fr. Knepp

von Vetscy

Kellermann.

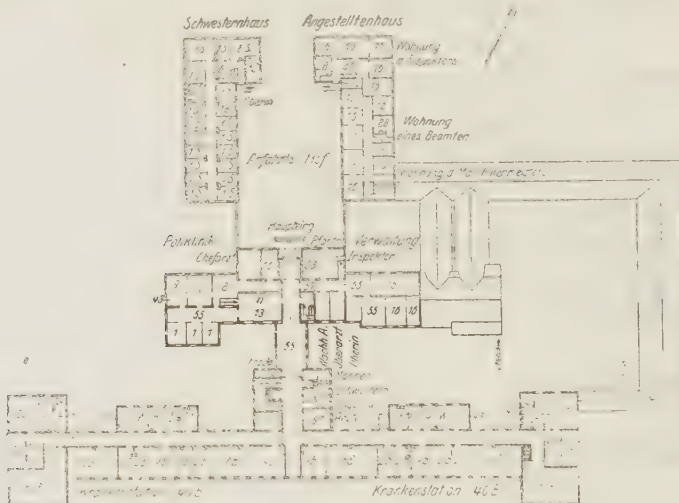
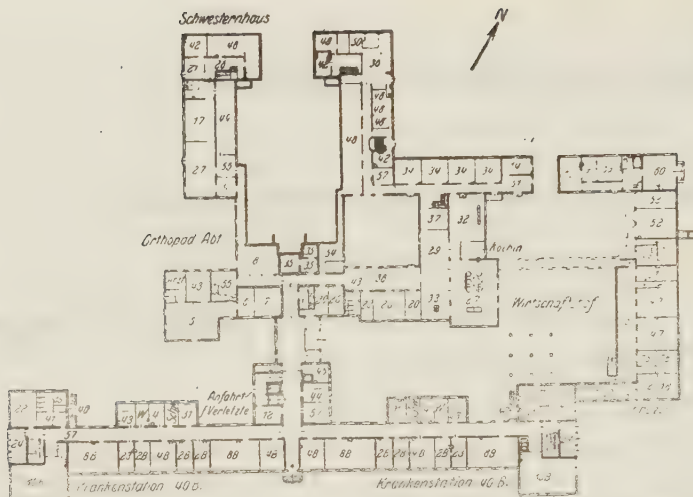
Neu

Schattknecht

Freymann

Lancel.

Erdring.



4. Hauptgeschoss.

1. Untersuchungszimmer. 2. Untersuchungszimmer des Chefarztes. 3. Behandlungszimmer. 4. Behandlungszimmer. 5. Massageraum. 6. Dialthermie. 7. Hebesenke. 8. Heißluftbehandlung. 9. Labor. 10. Toiletten. 11. Kabine. 12. I. Hilfe. 13. Meldebüro. 14. Büro. 15. Wirtschaftliche Verwaltung. 16. Verwaltung. 17. Verwaltung. 18. Schlafzimmer. 19. Speisezimmer. 20. Speisezimmer für Personal. 21. Speisezimmer. 22. Speisezimmer. 23. Tagesraum für Nichtraucher. 24. Liegehalle. 25. Terrasse. 26. Terrasse. 27. Terrasse. 28. Räumlichkeiten. 29. Kälte Küche. 30. Anrichte. 31. Teeküche. 32. Gemüseputzraum. 33. Spülraum. 34. Spülraum. 35. Spülraum. 36. Baderei. 37. Breihammer. 38. Raum für Speisemagen. 39. Spülraum. 40. Vor- und Waschräume. 41. Schmutzwäsche. 42. Waschlüche. 43. Bad. 44. Dauerbad. 45. Rasierstube. 46. Lager und Büste der Maschinenmeister. 47. Werkstätte. 48. Keller. 49. Lagerraum. 50. Arbeitsraum. 51. Warenannahme. 52. Garage. 53. Fernsprechzentrale. 54. Fernsprechautomat. 55. Wartehalle. Wartezimmer. Warteflüß. 56. Kleiderablage. 57. Abstellraum. 58. Desinfektions. 59. Sezierraum. 60. Aufbahrungsraum. 61. Feldmark. B. Betten. S. Schö. Schwestern. W. Wärter.

Abb.2: Grundriß des "Bergmannsheil II" Buer aus dem Jahre 1929 (45)

VI. DIE BESCHREIBUNG DES KRANKENHAUSNEUBAUES

Baurat UHLIG, der schon bei früheren Krankenhausbauten der Ruhrknappschaft sein Können bewiesen hatte, war zusammen mit Architekt LANDGREBE, der in der Entwurfsbearbeitung mitwirkte, und Architekt HONSEL, der die örtliche Bauleitung führte, für das Bauprogramm des 240-Betten-Hauses verantwortlich.

Sie legten den Haupteingang des von einer Mauer aus Ruhrsandstein umgebenen Gebäudes an die Nordseite, die Wirtschaftsgebäude an die Nordostseite und die Krankenzimmer zur Südseite.

Die gesamte Anlage setzte sich aus folgenden Teilen zusammen (43):

1. Das Bettenhaus

Der Haupteingang des langgestreckten dreistöckigen Korridorbaues lag im Norden in Höhe des mittleren Geschosses. Dieses mittlere Hauptgeschoß und das darunterliegende Erdgeschoß enthielten je 2 Abteilungen mit jeweils 40 Betten und den Tagesräumen, die in Raucher- und Nichtraucherzimmer getrennt waren. Das oberste Geschoß umfaßte 4 kleinere Stationen: eine mit 20 Betten für besondere chirurgische Fälle der Hauptabteilung, eine mit 20 Betten für Bergbau-Beamte, eine für Frauen und Kinder mit 24 Betten und eine für Privatpatienten mit 16 Betten. Jede Station hatte die nötigen Bäder, Teeküchen, WC-Anlagen, Abstellräume, Untersuchungs- und Schwesternzimmer. Die Ausrichtung der Krankenzimmer nach Südosten bot den Vorteil, daß sie bei der langen Sonneneinstrahlung weniger dem Regen und der vorherrschenden Windrichtung von Westen ausgesetzt waren. Die relativ hohen Dächer der seitlichen Querbauten schützten die 90 m lange, mit zwei abgedeckten Liegehallen versehene Dachterrasse vor Wind. Die über dem dritten Krankengeschoß liegende Terrasse war über die drei Haupttreppen und die zwei Aufzüge erreichbar. Auf den vier Stationen im Erdgeschoß und im ersten Stock gab es 2-, 4-, 8-, und 10-Bett-Zimmer, wobei die 2- und 4-Bett-Zimmer dem Schwesternzimmer genau gegenüber lagen und die 10-Bett-Zimmer sich neben der Liegehalle und

dem Tagesraum in den Querbauten befanden. Die Krankenzimmer hatten im einzelnen 130 cm breite, vom Boden bis zur Decke reichende Schiebefenster, die als einfache Konstruktion empfehlenswert schienen. Außer diesen Schiebefenstern und den Fenstern in den Verkehrsräumen waren alle Fenster als Doppelfenster konstruiert. Diese Fensterfront, von der Architektin DOSQUET entworfen, hatte Dr.KOCH zum ersten Mal in Berlin-Nord in einem kleinen Krankenhaus mit Tuberkulosepatienten gesehen. Dieses DOSQUET'sche Krankenhaussystem wurde zum Teil in die USA übernommen und von dort aus nach Deutschland zurückgebracht.

Die Heizkörper waren an der den Fenstern gegenüberliegenden Seite befestigt. Die Räume und Gänge waren mit 9 mm dickem Korklinoleum auf Zementestrich ausgelegt. Die Heizung war eine Warmwasserheizung mit elektrischen Umwälzpumpen und zwei schmiedeeisernen Kesseln für Koksfeuerung. Drei Boiler erwärmten das Gebrauchswasser, für das ebenfalls elektrische Umlaufpumpen konstruiert waren. Die Operations-, Röntgen- und Untersuchungsräume wurden mit vorgewärmter, gereinigter Frischluft aus Ventilatoren versorgt, und die Sterilisier- und Desinfektionsanlage des Operationssaales wurde zur leichteren Kontrolle nicht verdeckt angeordnet. Die Abwässer wurden in einem zentralen Rohrnetz gesammelt und flossen in das städtische Kanalisationssystem. Da es eine eigentliche Isolierstation nicht gab, wurde keine besondere Anlage zur Trennung von septischen Abwässern installiert. Alte aseptische Verbände oder Kleidungsstücke, sowie kontaminierte Flüssigkeiten und Sputum von Tuberkulosekranken kamen in die Desinfektionsanlage, die in den Wirtschaftsgebäuden untergebracht war, wo sie chemisch behandelt oder verbrannt wurden. Für den Bettentransport war nur der größere der beiden Hauptaufzüge geeignet, in dem kleineren konnte nur ein Kranker in einer Trage befördert werden.

2. Der Mittelbau

Parallel zum eigentlichen Krankengebäude lag nördlich der teils 3-, teils 4-stöckige Mittelbau mit den ärztlichen Sonderanlagen

und der Verwaltung, in allen Geschossen mit dem Krankengebäude durch einen Zwischenbau verbunden. Dieser in einer Nord-Süd-Achse verlaufende Zwischenbau, der neben einer großen Wartehalle und zwei Aufzuganlagen die Haupttreppe für Kranke und die Nebentreppe für das Personal enthielt, war das Verkehrszentrum des ganzen Hauses.

In der ersten Etage des Mittelbaues befand sich am Eingang die Verwaltung mit der Fernsprechzentrale, die durch eine Treppe mit den Wirtschaftsgebäuden verbunden war. Gegenüber der Verwaltung lagen die Diensträume des Chefarztes und das Anmeldebüro, von dem aus die Patienten Zugang zu den Untersuchungsräumen im Hauptgeschoß und zu den Räumen für Orthopädie, Massage, Wasser- und Lichtbehandlung im Erdgeschoß hatten. In diesem Geschoß wurden auch noch Räume für Heißluft- und Höhensonnenbehandlung untergebracht.

Die Operationsabteilung im Obergeschoß hatte drei Operationsräume.

Die Röntgenabteilung, die Räume für Durchleuchtung, Tiefenbestrahlung, Photographie und Filmbetrachtung umfaßte, lag auf gleicher Ebene mit der Operationsabteilung, um zeitraubendes Hin- und Herfahren der Kranken zu vermeiden.

Im obersten Stockwerk befanden sich das Hauptlaboratorium, ein Raum für die Präparatesammlung, das Konferenzzimmer, ein Andachts- und Vortragssaal sowie Wohnräume für 10 Assistenzärzte. In der Bibliothek im Obergeschoß gab es sowohl ärztliche Fachliteratur als auch Bücher, die von den Patienten ausgeliehen werden konnten.

3. Die Wirtschaftsgebäude

Die den Wirtschaftshof umschließenden Wirtschaftsgebäude, in denen im Erdgeschoß die Speiseräume für das Personal, die Küche, die Wäscherei- und Desinfektionsanlage untergebracht waren, standen mit dem Mittelbau in Verbindung. Zu den Aufbahrungs- und Obduktionsräumen im Osten gab es einen unterirdischen Gang aus dem Bettenhaus.

Das Angestellten- und Schwesternwohnhaus, symmetrisch zur Hauptachse angeordnet, umschloß einen kleinen Innenhof. Es waren Schwestern des DRK-Mutterhauses Ruhrland in Langendreer.

Im Nordwesten des Krankengebäudes lag die Zufahrt für Krankenwagen unter einem großen Schutzdach, von wo aus die Verletzten mit einem Aufzug in alle Etagen befördert werden konnten. Neben der Unfallannahmestelle befand sich ein Raum für Erste-Hilfe-Leistung, in dem auch der Unterricht der Krankenpfleger und Heilgehilfen stattfand.

Getrennt vom Hauptgebäude wurden die Turnhalle, das Chefarztwohnhaus im Osten des Geländes und die Unterkünfte für verheiratete Assistenzärzte errichtet.

4. Die Parkanlagen

Für die gärtnerische Gestaltung des über 30 Morgen großen Krankenhausgeländes war Gartenbaurat GEY verantwortlich. Zur weiteren Pflege der Gartenanlagen wurde ein eigenes Treibhaus errichtet. Für die Belebung der Pflanzenwelt wurde in einem Geflügelhof Kleingeflügel gezogen. Chefarzt Dr.KOCH schrieb über die Atmosphäre im Krankenhausgelände:

"Kein schriller Laut stört die Ruhe der Kranken und Genesenden, denn vor dem Krankenhausgelände nach dem Süden liegen städtische Grünanlagen mit einem See von 30 Morgen und dem alten Wasserschloß Berge mit seinen Wassergräben und Baumbeständen. So schweift der Blick des Kranken über die Rauchfahnen der Zechen hinweg und sieht darüber den Vogel dem großen Garten zustreben, in dem unser Haus breit und freundlich eingelagert ist. Wiederum seelische Momente, die für den Kranken von größter Bedeutung sein müssen" (44).

Nach diesen Ausführungen schien es nicht zu verwundern, daß viele Besucher beim Gang durch die Anlagen das "Bergmanns-heil II" eher für ein Sanatorium oder Gesundheitshaus als für ein Krankenhaus hielten.

VII. DAS "BERGMANNSSHEIL II" UNTER CHEFARZT DR.EMIL KOCH
(1884-1957) von 1929 BIS 1954

Der Bau und die Führung des "Bergmannsheil II" waren fest mit der Person von Dr.EMIL KOCH verbunden, der am 6.Oktober 1884 in Crange (Wanne-Eickel) als Sohn eines alten Bauerngeschlechts geboren wurde. Nach seinem Studium arbeitete er ab 1913 als chirurgischer Assistent unter Prof.MAX von BRUNN (1875-1924) an den Augusta-Krankenanstalten in Bochum (1913-1918). Zu Beginn des ersten Weltkrieges mußte er als Oberarzt beim Reserve-Feldlazarett 34 einrücken. Nach Kriegsende ging er als Oberarzt an das "Bergmannsheil" Bochum, dessen chirurgische Leitung am 1.Juli 1918 von Prof.Dr.LUDWIG WULLSTEIN (1864-1930) auf Prof.MAX von BRUNN (1875-1924) überging. .

"Durch die hohen Reparationszahlungen und die am 24.Oktober 1929 durch Kursstürze an der New Yorker Börse ausgelöste Weltwirtschaftskrise begann auch im Deutschen Reich der wirtschaftliche Niedergang. Vergeblich versuchte die Regierung Brüning,durch eine deflatorische Wirtschaftspolitik die Zahlungsbilanz auszugleichen. Die Zahl der Arbeitslosen betrug 1930 4,4 Millionen. Pensionen, Arbeitslosen- und Wohlfahrtsunterstützungen wurden gekürzt. 1932 war die Zahl der Arbeitslosen auf über 6 Millionen gestiegen, obwohl die Konferenz von Lausanne die Reparationszahlungen beendet hatte. Politische Radikalisierung breitete sich aus" (3).

1. Die Entwicklung der Chirurgischen Abteilung des
"Bergmannsheil II" von 1929 - 1953

Der geringe Wechsel im Ärztebestand bewirkte, daß bald eine ärztliche Arbeitsgemeinschaft entstand, die half, die organisatorischen Anfangsschwierigkeiten zu Überwinden. Weiterhin wurden gemeinschaftliche Untersuchungen aller frisch eingelieferten Verletzten, gemeinschaftliche Krankenbesuche, Röntgenbesprechungen und Aussprachen in der Bücherei vorgenommen. Beim größten Teil der Verstorbenen wurden Obduktionen in der Prosektur des "Bergmannsheil" Bochum durchgeführt. Zeitweise kam auch ein Arzt von dort, um die Untersuchung im Obduktionsraum des "Bergmannsheil II" Buer vorzunehmen. Es wurde eine pathologisch-anatomische Präparatesammlung durch Dr.UFFELMANN

angelegt, wobei das Interesse den krankhaften Veränderungen des Knochensystems galt. Obwohl durch die Wirtschaftskrise das Ruhrrevier nicht verschont wurde, stieg im "Bergmannsheil II" Buer die Zahl der Patienten, die bis zu 75% aus Bergleuten bestand, weiter an, während sie in anderen Häusern, wie dem "Bergmannsheil" Bochum, spürbar sank (30).

Dr.KOCH schreibt dazu:

"Die Jahre seit Eröffnung des Hauses bis Ende 1932 standen zunehmend unter Wirtschaftsdruck und Beschäftigungsrückgang. Wenn trotzdem die Belegung und Inanspruchnahme des Bergmannsheil II dauernd günstig, ja sehr günstig war, so glauben wir das deuten zu dürfen als Beweis für die Richtigkeit des Weges, auf dem wir das Haus zu leiten und zu führen bemüht waren" (86).

Wie stark die Durchschnittsbelegung der benachbarten Krankenhäuser von 1930 bis 1932 durch die Wirtschaftskrise abnahm, zeigt die Grafik aus dem Jahresbericht des "Bergmannsheil II" von 1929 - 1932. Bei einem solchen direkten Vergleich durfte natürlich nicht übersehen werden, daß es sich bei den von den Knappschaftsärzten und Heildienern eingewiesenen Patienten vor allem um Unfallverletzte des Bergbaus handelte, während die anderen Krankenhäuser Patienten aus verschiedenen Wirtschaftszweigen versorgten. Ein Vergleich mit der Inneren Abteilung war nicht möglich, da eine getrennte Statistik erst ab deren eigentlicher Gründung am 1.3.1934 geführt wurde.

"Am 30.1.1933 wurde Hitler zum Reichskanzler ernannt und leitete, unterstützt durch eine weltweite Erholung von der Wirtschaftskrise, eine expansive Wirtschaftspolitik ein. Sie wurde durch zunehmende öffentliche Verschuldung finanziert und brachte wachsende staatliche Verfügungsgewalt über die Wirtschaft. Die Steinkohlenförderung an der Ruhr hatte von 73 Mill. Tonnen im Jahr 1932 auf 127 Mill. Tonnen im Jahr 1938 zugenommen. In derselben Zeit stieg die Zahl der Bergarbeiter von 205.000 auf 313.000."(4)

100%

1930

1931

1932

-23-

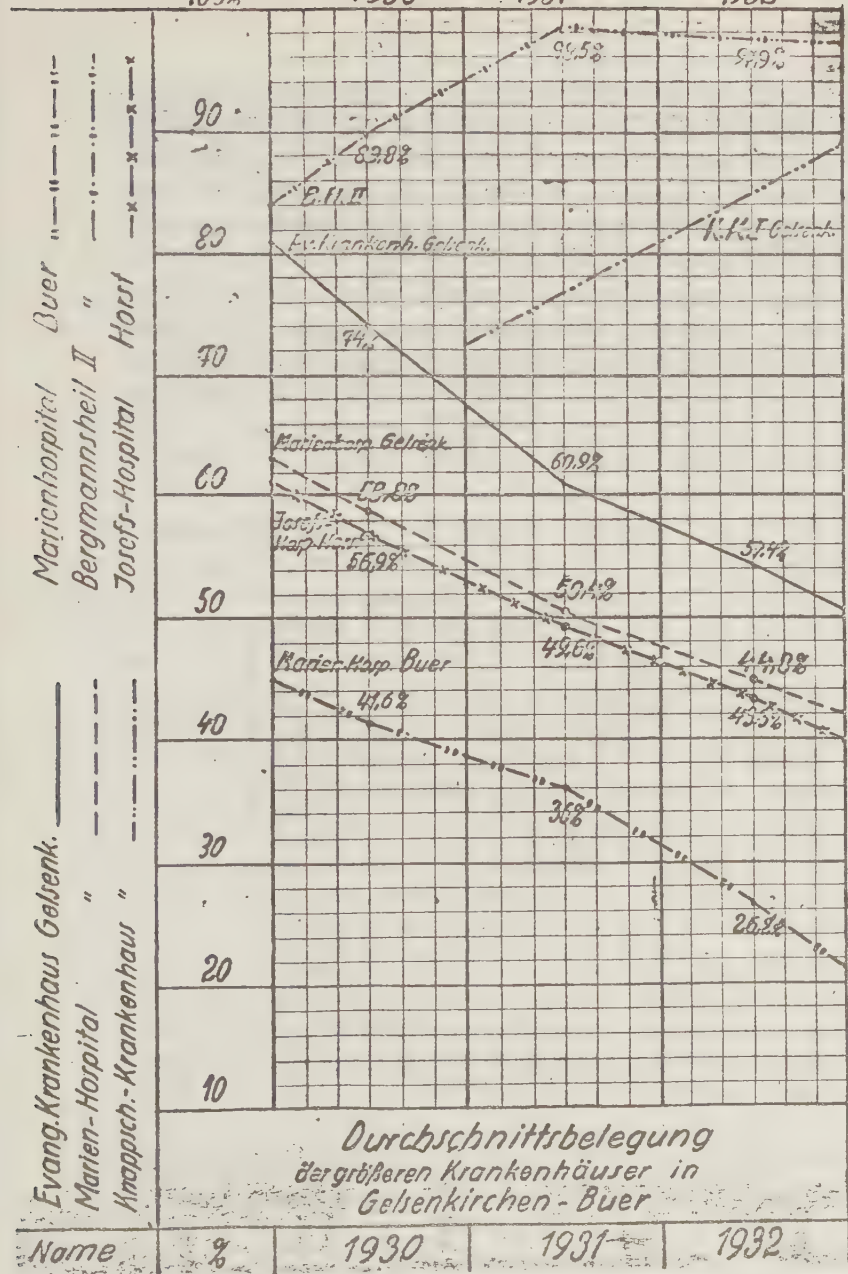


Abb. 3: Durchschnittsbelegung der größeren Krankenhäuser in Gelsenkirchen-Buer, 1930- 1932 (88)

Im Jahre 1933 war die Durchschnittsbelegung des "Bergmannsheil II" auf 100% angestiegen und die durchschnittliche Krankenhausbehandlung von 23,3 Tagen im Gründungsjahr 1929 auf 18,4 Tage gesunken. Die Anzahl der Todesfälle war mit 1,46% bei 4.866 aufgenommenen Patienten gegenüber den Vorjahren etwa gleich geblieben.

Durch die steigende Belegung wurden die räumlichen Verhältnisse in der Operationsabteilung und besonders in der Ambulanz und der Poliklinik unzureichend. Das Laboratorium war zunehmend mit Fällen von Oberarzt Dr. SILBERKUHL beschäftigt, der bis zur Gründung der Inneren Abteilung im Jahre 1934 jeden Nachmittag vom "Bergmannsheil" Bochum aus die Patienten mit inneren Krankheiten in Buer besuchte (91).

Im Jahre 1935 stieg die Zahl der stationär aufgenommenen Patienten, einschließlich der neuen Inneren Abteilung, auf 5.625, und die durchschnittliche Behandlungsdauer fiel auf 15,9 Tage. Die Zahl der Operationen nahm von 1.945 im Jahre 1930 auf 6.024 im Jahre 1935 zu. Dieses Ansteigen war vor allem auf die Behandlung der frischen ersten Wundversorgungen zurückzuführen, die mit der Zunahme der Zahl der Bergleute infolge der wirtschaftlichen Wiederbelebung und des starken Rückgangs der Arbeitslosigkeit gekoppelt war (93).

Da auch der Anteil der behandelten Patienten in der Massageabteilung von 2.841 (1930) auf 4.370 (1935) zugenommen hatte, mußte ein zweites Kurzwellendiathermiewegerät angeschafft werden (94).

Im Olympiajahr 1936 wurde beschlossen, ein offenes Heil-
schwimmbad und eine Badeanlage zu bauen, die 1938 in Betrieb
genommen werden sollte. Im selben Jahr wurde die Turnhalle
nach Süden erweitert und ein eigener Sportarzt eingestellt.
Um mehr stationäre Patienten beherbergen zu können, wurden
drei offene Veranden zu freundlichen Krankenzimmern umgebaut.
Das Radionetz des ganzen Hauses wurde modernisiert und das
Laboratorium durch neue Apparate vervollständigt (95).

Die Röntgenabteilung wurde 1937 umgebaut und die Dunkelkammern vergrößert. Es wurden verbesserte Aufnahmegeräte angeschafft, um mit den in der Inneren Abteilung aufgestellten Apparaten Schritt halten zu können.

Für Rückenmarkgelähmte nach Wirbelbruch wurden Selbstfahrgeräte und Behelfsapparate eingeführt, die einem großen Teil dieser Patienten Lebensmut und Hoffnung zurückgaben.

Auf dem Gebiet der Wiederbelebung kam der Biomotor nach Dr.EISENMENGER und ein Wiederbelebungsverfahren in Form von subkutaner Sauerstoffbehandlung nach belgischem Muster mit den nötigen Apparaten zur Anwendung (97).

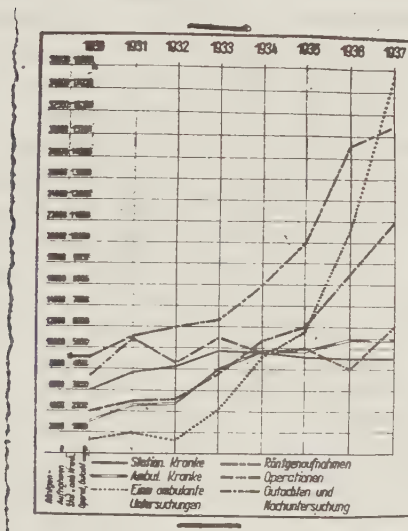


Abb.4: Kurven des Leistungsstandes der Chirurgischen Abteilung in den Jahren 1929 - 1937 (99)

Im Jahre 1939 wurde der Nordbau nach Westen erweitert, um die Badeabteilung, die erweiterte Massageabteilung und die Chirurgische Poliklinik neu unterzubringen.

Das 10jährige Jubiläum fand in der Presse ein großes Echo. So schrieb die Buer'sche Zeitung vom 18. Oktober 1939:

"Der Ruf des "Bergmannsheil" als eines der modernsten Krankenhäuser ist im ganzen Ruhrgebiet verbreitet. Auch darüber hinaus genießt es in Fachkreisen einen sehr guten Ruf. Oft genug weilen ausländische Gäste im "Bergmannsheil", um seine vorbildlichen Einrichtungen zu besichtigen, um die Fürsorge und ärztliche Betreuung der verletzten Bergmänner zu studieren. Das Bestreben der Leistung des "Bergmannsheil" geht nicht nur dahin, die Verletzten zu heilen, sondern auch die verletzten Männer seelisch so aufzurichten, daß sie auch seelische Kraft genug besitzen, um die Heilung der Wunde beschleunigen zu helfen".

Am Anfang des Zweiten Weltkrieges bis Ende 1942 stiegen mit den verstärkten Anstrengungen im Ruhrbergbau die Belegzahlen im "Bergmannsheil II", so daß in den Jahren 1940 bis 1941 die Untersuchungsräume der Chirurgischen Klinik, der Poliklinik und der Badeabteilung noch erweitert werden mußten (46). Da das "Bergmannsheil II" glücklicherweise nur 1944 durch wenige Bombentreffer leicht beschädigt wurde, war die alte Organisation des Krankenhausbetriebes und die Trennung der Patienten der Chirurgischen und Inneren Abteilung erst ab Februar 1945 unmöglich geworden, da alle Patienten und das Personal dauernd in dem 1941 errichteten Krankenhausbunker bleiben mußten. Sämtliche Apparate der Operations- und Röntgenabteilung waren auch an diesen sicheren Ort gebracht worden.

"Nach dem Zusammenbruch des Deutschen Reiches regierte seit dem 5.6.1945 zunächst der Alliierte Kontrollrat. Am 1.1.1947 wurden die britische und amerikanische Besatzungszone als wirtschaftliche Bizone geschaffen. Eine seit Herbst 1947 anhaltende wirtschaftliche Besserung wurde durch die Währungsreform vom 21.6.1948 unterstützt. Ende 1949 wurde der Wirtschaftsaufschwung durch den Marshallplan verstärkt. Das deutsche Wirtschaftswunder hatte begonnen, zu dem der Steinkohlenbergbau einen grundlegenden Beitrag leistete. Am 5.5.1955 wurde die Alliierte Hohe Kommission endgültig aufgelöst und die volle Souveränität der Bundesrepublik Deutschland proklamiert"(5).

Auch während der amerikanischen Besatzung war eine geordnete ärztliche Arbeit unmöglich, da zuerst wichtige Instandsetzungsarbeiten vorgenommen werden mußten. Auf Anregung der britischen Militärbehörde wurde im Krankenhausbunker eine Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten eingerichtet, die von Ärzten des "Bergmannsheil II" geführt werden sollte. Anfang 1946 waren wieder fast alle Geräte der Operations-, Bäder- und Massage-Abteilung vom Bunker in die alten Räume des Krankenhauses gebracht worden. Da benachbarte Krankenhäuser und besonders das "Bergmannsheil" Bochum stark beschädigt oder völlig zerstört waren und für die Versorgung der Kranken ausfielen, betrug die Zahl der durchgeführten Operationen im "Bergmannsheil II" 1946 5000.

Im Sommer 1947 wurde die Massageschule mit zuerst 25 Schülern eröffnet und staatlich anerkannt.

Das Jahr 1949, in dem auf dem Gebiet der medizinischen Leistungen schon fast wieder Vorkriegsverhältnisse erreicht waren, stand ganz unter dem Zeichen der Feier zum 20jährigen Bestehen des Hauses. In diesen 20 Jahren waren 74.000 Patienten stationär behandelt, 122.823 Operationen durchgeführt und 90.454 Einzelgutachten angefertigt worden. Zu dieser Zeit gab es nur zwei Unfallkrankenhäuser dieser Art in Deutschland. Das im Wiederaufbau begriffene "Bergmannsheil" Bochum versorgte das südliche und das "Bergmannsheil II" Buer das nördliche Ruhrgebiet (102).

Als weitere rein berufsgenossenschaftliche Krankenhäuser wurden eröffnet(156):

Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik	Murnau	(1953)
"	"	Duisburg-Buchholz(1957)
"	"	Tübingen (1957)
"	"	Hamburg (1959)
"	"	Frankfurt (1962)
"	"	Ludwigshafen (1968)

Im Jahre 1950 stieg die Zahl der Frischverletzten nicht mehr weiter an, was vor allem auf die werksärztliche Betreuung einiger Zechen und die dortigen Unfallverhütungsmaßnahmen zurückgeführt wurde.

Das wichtigste Ereignis des Jahres 1951 war wohl die endgültige Einführung der Narkose mit Lachgas und Curare (103). Dieser Wechsel zur neuen Lachgasnarkose hatte 1952 ein starkes Ansteigen der Operationen zur Folge. Die großen Brustkorb- und Lungeneingriffe konnten wesentlich ungefährlicher und schneller als unter den früheren Äthernarkosen durchgeführt werden. Chirurgische Eingriffe bei Bauch- und Eingeweideverletzungen waren durch die Einrichtung der modernen Blutbank leichter zu bewältigen. Für die postoperative Betreuung der Schwerverletzten wurden moderne Sauerstoffzelte angeschafft.

In der Röntgenabteilung bedeutete die Einführung der Feinstfokusröhren ein wertvolles Hilfsmittel bei der Diagnose von Frakturen. Für das neuzeitlich ergänzte chirurgische Instrumentarium wurde zur Sicherung der Keimfreiheit im ganzen Operationsbetrieb eine 4-kammrige Sterilisationsanlage der Firma Stiefenhofer mit neuen Sterilisationstrommeln eingebaut (104).

Die Zahl der chirurgischen Behandlungsfälle im Jahre 1953 zeigte nur eine geringe Steigerung gegenüber dem Vorjahre, was in Einklang mit der wirtschaftlichen Entwicklung im Ruhrbergbau stand, die nicht mehr so steil anstieg wie in den Jahren direkt nach Kriegsende. Ein weiterer Grund war sicher auch die Verbesserung der Technik unter Tage, die zur Verminderung der Unfälle beitrug.

Mit dem Neubau der Medizinisch-Neurologischen Klinik "Bergmansheil II" Buer, der schon Ende 1949 von der Bergbau-Berufsgenossenschaft beschlossen worden war, wurde am 11.5.1953 im Erdgeschoß eine Bäderabteilung eröffnet, die auch der Chirurgischen Abteilung zur Verfügung stand. Außer den medizinischen Bädern wurden Inhalationsräume, eine Sauna und Fußpflegeräume eingerichtet, eine ausgezeichnete Klimaanlage zur Versorgung mit Frischluft und zur Entlüftung der Bäderschwaden geschaffen, so daß dadurch auch weitgehend Rücksicht auf die Gesundheit des Pflegepersonals genommen werden konnte. Die neuen medizinischen Bäder umfaßten: Unterwassermassage, Überwärmungsbad, Stangerbad (von einem Ulmer Gerbermeister STANGER angegebene

elektrisches Gleichstrombad mit Zusatz eines gerbstoffhaltigen Pflanzenextraktes), Darmspülbad, Moor- und Kohlensäurebäder, Sauerstoffbäder, Überheizungs-bäder, Nachbehandlungsräume für Massage und Bestrahlungen. Eine weitere Anlage diente der modernen Hautpflege der Bergleute, was bei der weiten Verbreitung der Hautpilze von großer Bedeutung war, nicht zum wenigsten auch wieder mit Rücksicht auf alle chirurgischen Maßnahmen, Infektionsverhütungen usw. (106).

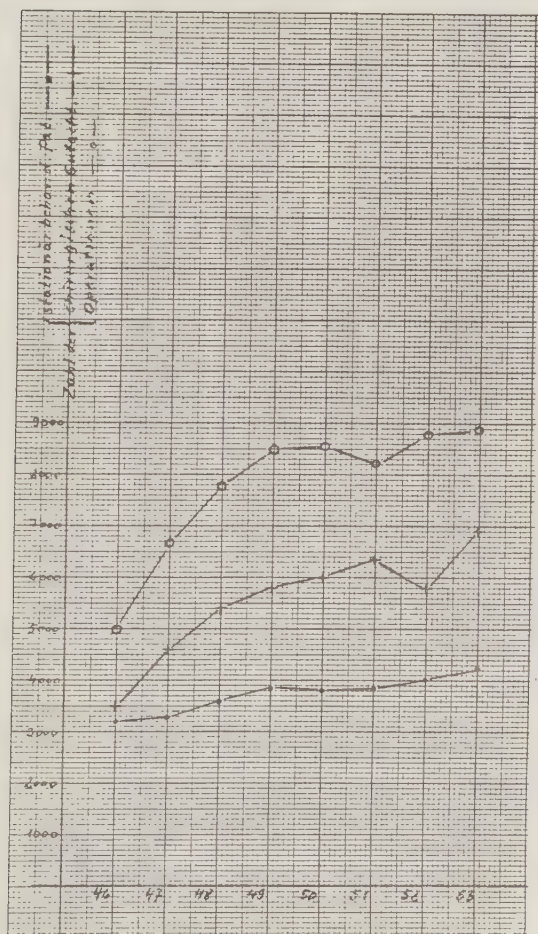


Abb.5.:

Kurven der Zahl der in den Jahren 1946 bis 1953 stationär behandelten Patienten, der chirurgischen Gutachten und der Operationen (101).

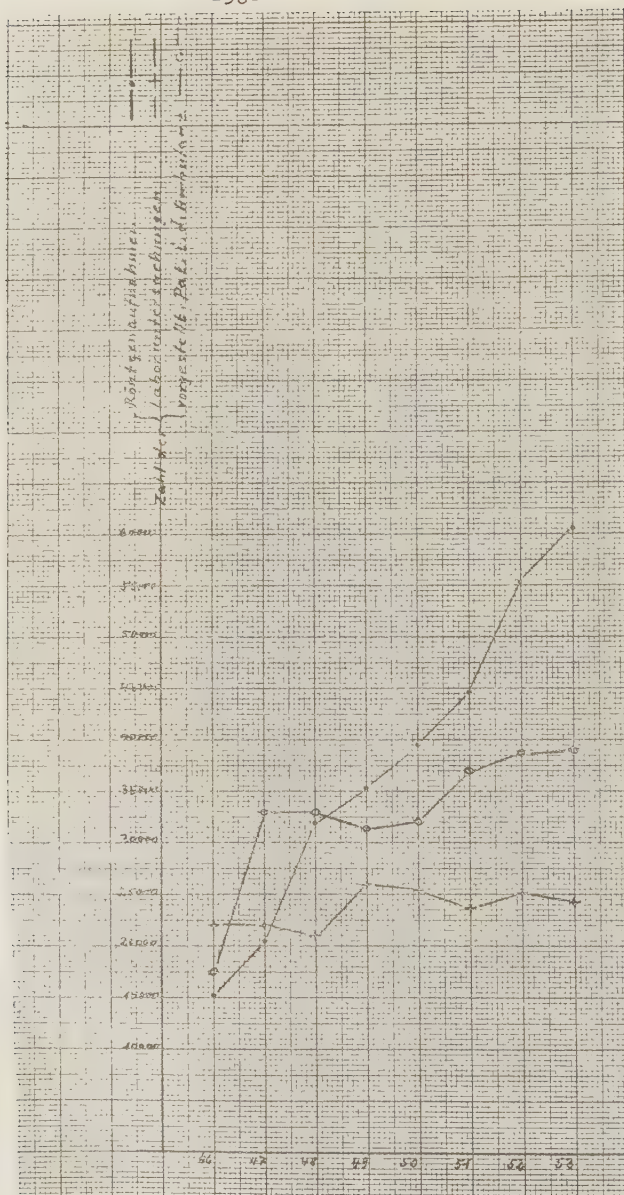


Abb.6.: Kurven der Zahl der in den Jahren 1946 bis 1953 angefertigten Röntgenaufnahmen, der Laboruntersuchungen und der vorgestellten Patienten in der Ambulanz (87)

2. Der Einfluß des "Bergmannsheil II" auf die Entwicklung der Ersten Hilfe

Nach seiner Rückkehr aus dem ersten Weltkrieg zum "Bergmannsheil" Bochum wurde es Dr.KOCH auf einer Vorstandssitzung der Bergbau-Berufsgenossenschaft vom 9.Dezember 1918 zur Aufgabe gemacht, das ganze Gebiet der Ersten Hilfe bei Unfällen im Bergbau neu zu organisieren. Dieses große Aufgabengebiet der Ersten Hilfe im Bergbau wurde durch Dr.KOCHs Erfahrungen als Regiments- und Lazarettarzt im Felde in Buer so ausgebaut, daß der verletzte Bergmann von der Unglücksstelle unter Tage durch einfachste und zuverlässigste Beförderungsmittel bis zum Krankenhaus "Bergmannsheil II" transportiert wurde, wo er dann modern versorgt wurde.

a) Der Schleifkorb

Zur Verbesserung der Ersten Hilfe unter Tage schien es wesentlich zu sein, ein einheitliches Transportgerät für die Verletzten zu schaffen, denn bis dahin gab es eine Vielzahl von verschiedenen Nottragen, die aber alle ihrem Zweck nur unbefriedigend nachkamen. Zur Lösung dieses Problems hatte Dr.KOCH zusammen mit dem Bergwerksdirektor Dr.MEYER in vielen Grubenfahrten durch Studium der Eigenarten der bergmännischen Verletzungen gegen Ende des Jahres 1929 den sogenannten Schleifkorb entwickelt (15). Dieser Schleifkorb war nach den Beschreibungen von Dr.KOCH ein 2 m langer, 70 cm breiter, wannenartiger Korb mit Gleitkufen auf der Unterseite. Der Verletzte konnte auf dem Rücken in einem Tragetuch auf ein Kissen hineingelegt und mit Riemen befestigt werden, so daß er auch senkrecht aufgestellt und seitlich gedreht werden konnte. In dem Schleifkorb konnte der verletzte Bergmann mit dem Förderkorb über Tage gebracht und von dort aus mit dem Auto ohne Umbettung bis zum Krankenhaus gefahren werden. Da auch die meisten Krankenwagen der Zechen auf die Ausmaße des Schleifkorbes genormt waren, bedeutete auch die Länge von 2 m kein Hindernis. Die Beförderung im Schleifkorb hat sich in den folgenden Jahren auch bei stumpfen Bauchverletzungen, bei Schädel- und Beckenverletzungen bewährt, so

daß die Feuerwehr und die Eisenbahn dieses am "Bergmannsheil II" entwickelte Rettungssystem an vielen Stellen übernommen hat.

b) Die Ausbildung zur Ersten Hilfe am "Bergmannsheil II"

Ein wesentlicher Punkt zur zentralen Leitung der Ersten Hilfe vom "Bergmannsheil II" aus war die dauernde, alle Verletzungsarten betreffende Ausbildung der auf den Zechen arbeitenden Nothelfer und Heilgehilfen. Für diesen Zweck wurde ein Ausstellungsraum für Erste Hilfe geschaffen, in dem alle für die Hilfeleistung notwendigen Gegenstände zur Ansicht und bei den Ausbildungsvorträgen zur Verfügung standen. Hierzu wurden ab Oktober 1929 die Nothelfer von den Zechen herangezogen, um für die im Bergbau vorkommenden Unfälle geschult zu werden. Gleichzeitig wurden im "Bergmannsheil II" Bücher über Erste Hilfe im Bergbau entwickelt, die von der Sektion II herausgegeben und unter den Nothelfern und auf den Zechenverbandsstuben verteilt wurden (14). Viele andere Lehrbücher der Ersten Hilfe, z.B. vom Roten Kreuz, wurden auf Anraten von Dr.KOCH nicht zum Vorbild genommen, da sie oft zu weitschweifig waren und sich mit Fragen von Krankheiten befaßten. Auf diese Weise kam man zu einheitlichen Richtlinien, die unter den bergmännischen Laien durch praktische Übungen ergänzt wurden.

Schon einige Jahre vor 1929 hatte Dr.KOCH auf Anregung von Regierungsrat Dr.STOECKER und Bergrat WINKHAUS mit dem auf dem Gebiet der Ersten Hilfe erfahrenen Bergwerksdirektor Dr.Ing. MEYER zusammengearbeitet. Mit Dr.MEYER, der auch mit der Hauptstelle für Grubenrettungswesen in Essen in Verbindung stand, hatte Dr.KOCH auf der Gesolei-Ausstellung 1926 in Düsseldorf im Auftrag der Sektion II eine Musterzechenverbandsstube eingerichtet. Vom "Bergmannsheil II" aus wurden auf den Bergwerken neue, unter einheitlichen Gesichtspunkten stehende Verbandsstuben geschaffen und die Medikamente sowie das Verbandsmaterial durch Ärzte des neuen Krankenhauses überprüft und ergänzt. Weiterhin wurde in jedem Streb unter Tage eine mit Deckel, Handgriff und Aufschrift versehene staubdichte Verbandsbüchse deponiert, die schnell zu den Verletzten getragen werden konnte.

Diese Verbandsbüchsen, die keimfreie Verbandspäckchen für die Wunden, Abbindegurte für Blutungen, Kramerschienen für Knochenbrüche und Binden zum Anwickeln enthielten, bedeuteten einen wichtigen Zeitgewinn gegenüber dem Transport mit dem Förderkorb in die über Tage gelegene Verbandsstube. Zur Ausbildung der in den Verbandsstuben tätigen Heilgehilfen und der zahlreichen Laiennothelfer wurden Assistenten von Dr.KOCH auf die Schachtanlagen geschickt, um Vorträge über erste Hilfeleistung zu halten, die auch durch einige unter Anleitung von Dr.KOCH geschaffenen Stummfilme verdeutlicht wurden. Der erste Stummfilm wurde 1933 mit großen Schwierigkeiten unter Tage auf der Versuchssgrube Hibernia gedreht (92). Sein Inhalt wurde in praktischen Übungen von den Nothelfern nachvollzogen. Die Hauptheilgehilfen in den Verbandsstuben mußten ein Verbandsbuch führen und wurden von der Zentralstelle im "Bergmannsheil II" aus kontrolliert. Sie mußten einige Wochen im Krankenhaus tätig gewesen sein, wobei der Schwerpunkt auf Erste Hilfe gelegt wurde. Es wurde immer wieder betont, daß der unter schwierigen äußeren Bedingungen unter Tage angelegte Verband in den Verbandsstuben nicht gewechselt, sondern der Verletzte ohne unnötigen Zeitverlust zum Krankenhaus gebracht werden sollte. Das Reinigungsbad war nicht auf den Zechen, sondern erst im "Bergmannsheil II" durchzuführen.

Nach jedem schweren Unfall unter Tage war der Arzt im neuen Krankenhaus, auf dessen Abteilung der Verletzte lag, verpflichtet, die Zeche zu besuchen und mit dem zuständigen Unfallbeauftragten zu sprechen, um die Verhältnisse persönlich zu untersuchen und weitere Unfälle zu verhüten. Die Ärzte arbeiteten auf diesem Gebiet mit den amtlich zuständigen Revierbeamten zusammen.

In den Jahren nach der Eröffnung des "Bergmannsheil II" wurde es üblich, daß am Nachmittag ein Arzt des Hauses zwei Stunden in seiner Freizeit die Verbandsstuben und die Arbeit der Heilgehilfen inspizierte und nach seiner Rückkehr ins Krankenhaus während der gemeinsamen Röntgenstunde dem Chefarzt und den übrigen Kollegen über die Arbeit der Ersten Hilfe auf den Zechen berichtete (98).

Durch solche Besuche konnte das Vertrauensverhältnis zwischen der Belegschaft der Bergwerke und dem neuen Krankenhaus gefestigt werden, was sich in der dauernden guten Belegung des "Bergmannsheil II" widerspiegelte.

c) Der Beginn werksärztlicher Tätigkeit

Durch ihre Zusatzdienste am Nachmittag auf den Zechen wurden die betreffenden Ärzte ab 1937 allmählich Angestellte der Zechen, so daß sie nach Abschluß ihrer chirurgischen Ausbildung als Zechen- oder Betriebsärzte tätig wurden (16). Sie arbeiteten in großen, von den Zechen errichteten Gesundheitshäusern und hatten bei den Gesellschaften eine gesicherte Stellung. Einige Ärzte vom "Bergmannsheil II" gründeten eigene Praxen, in denen sie als sogenannte D-Ärzte arbeiteten. Die vom "Bergmannsheil II" aus versorgte Belegschaft von etwa 80.000 Mann im Jahre 1929 war so von der Unfallstelle unter Tage bis zur Ankunft im Krankenhaus unter direkter oder indirekter Aufsicht.

Die wichtigsten Schacht-Anlagen, die ihre Verletzten nach Buer schickten, waren: Zeche Ewald (Herten), Zeche Ewald Fortsetzung (Herten), Bergmannsglück (Gelsenkirchen), Consolidation (Gelsenkirchen), Nordstern (Gelsenkirchen-Horst), Hugo (Buer), Westerholt (Gelsenkirchen-Westerholt) und Schachtanlagen, deren Namen man nur noch vereinzelt kennt (Zweckel, ver.Gladbeck, Rheinelbe/Alma, Wilhelmina Viktoria) (70).

Für die Arbeit der Werksärzte galten folgende Richtlinien:

1. Den Leichtverletzten sollte der Weg zum Krankenhaus Bergmannsheil II erspart bleiben und trotzdem eine kunstgerechte ärztliche Versorgung stattfinden.
2. Verletzte, die den Weg zum Arzt scheuten, sollten auf diese Weise bereits auf der Zeche erfaßt und dadurch falsche Behandlungsmaßnahmen vermieden werden.
3. Verletzte, deren Verletzung dringend chirurgische Maßnahmen erforderte, sollten bei der Betreuung festgestellt und in zweckentsprechende chirurgische Behandlung ins Bergmannsheil II überführt werden.
4. Herstellung möglichst naher Beziehung zwischen Arzt im Bergmannsheil und Bergmann" (7).

Die vom "Bergmannsheil II" aus tätigen Ärzte mußten sich zusätzlich um die Schulung der Heilgehilfen, die Erziehung zur Hygiene und um die Unfallverhütung kümmern. Während des Krieges betreuten sie auch etwa 3000 russische Kriegsgefangene.

Nach dem Ende des 2. Weltkrieges stellten die Werksleitungen in Übereinstimmung mit den Gewerkschaften die auf den Zechen arbeitenden Ärzte als hauptamtliche Werksärzte ein. So wurde vom "Bergmannsheil II" aus der Grundstein für die wichtige hauptamtliche werksärztliche Tätigkeit in der BBG* und der damaligen Ruhrknappschaft gelegt.

d) Die Behandlung stumpfer Bauchverletzungen

Bei der Ausbildung der Heilgehilfen wurde besonderer Wert auf das richtige Verhalten bei stumpfen Bauchverletzungen gelegt, da bei stumpfer Gewalteinwirkung oft nur unerhebliche Hautabschürfungen über der Schädel-, Brust- und Bauchhöhle zu sehen waren. Trotzdem konnten alle Organe der Bauchhöhle wie Leber, Milz, Bauchspeicheldrüse, Nieren, Magen und Darm gefährdet sein (23). Bei Rissen von Leber, Milz und Darm war die schnelle und schonende Beförderung im Schleifkorb zum Krankenhaus genauso wichtig wie ein Verdacht auf Blasen- und Harnröhrenruptur.

e) Die künstliche Wiederbelebung mit der Hand

Schon ein Jahr vor Beginn des Baues des "Bergmannsheil II" wurde Dr. EMIL KOCH von der obersten Bergbaubehörde in Berlin beauftragt, einen Vortrag beim Internationalen Unfallkongreß in Amsterdam über künstliche Wiederbelebung bei Tiefbetäubten zu halten (24). Bei dieser Gelegenheit trat Dr. KOCH mit Prof. Dr. OSKAR BRUNS (geb. 1878), Ordinarius für Innere Medizin, an der Universität Königsberg, in Verbindung, so daß er bei seiner späteren Arbeit im "Bergmannsheil II" immer über die Fortschritte der künstlichen Wiederbelebung mit Hand und Apparat informiert war. Nach dem Tode von Prof. BRUNS arbeitete Dr. KOCH mit einem seiner Schüler, THIEL, zusammen, der Chefarzt

* = (Bergbau-Berufsgenossenschaft)

an der Inneren Klinik des Johanniter-Krankenhauses in Oberhausen-Sterkrade wurde.

Chefarzt Dr.KOCH stand weiterhin mit Bergassessor FORSTMANN und seinem Nachfolger von HOFF von der Hauptstelle für Grubenrettungswesen in Essen in Verbindung, um das Gesamtgebiet der künstlichen Wiederbelebung zu verbessern. Das Nebeneinander mehrerer Wiederbelebungsverfahren schien ihm, wie er in seinen Aufzeichnungen schrieb, schon während des Krieges ein großer Nachteil, so daß er sich bei seiner späteren Arbeit im "Bergmannsheil II" nur noch auf die Methode von SILVESTER-BROSCH konzentrierte, die später SILVESTER-BROSCH-KOCH-Methode genannt wurde. Zur näheren Erläuterung dieser Methode, die vom "Bergmannsheil II" in Buer mitentwickelt wurde, muß auf einen Vortrag von Dr.KOCH bei der Tagung der Gesellschaft für Gewerbehygiene in Heidelberg 1928 über "Die Therapie der gewerblichen Kohlenoxydvergiftung" näher eingegangen werden (10):

"Bei dem interessanten Versuch, in der Geschichte der Medizin oder der Menschheit irgendeine Spur über diese Frage zu entdecken, bin ich auf verschiedene Angaben gestoßen, nach denen schon die Griechen im peloponnesischen Krieg und bei ihren Kriegszügen nach Sizilien bei der Belagerung von Städten und vor allen Dingen bei dem Inbrandsetzen von Mauern und Gebäuden Verletzungsarten und Fälle von tiefer Betäubung erwähnen, bei denen sie versucht haben, durch Einflößen von Flüssigkeit, ja an einer Stelle sogar durch Anblasen, die Betäubten wieder zum Leben zurückzurufen. Ich gehe nicht fehl, diese Stellen in Form einer Kohlenoxydvergiftung aus alten Zeiten zu deuten, wo die Menschen schon versucht haben, gegen dieses Gift irgendeine Therapie in Anwendung zu bringen. Auch heute beherrscht bei allen theoretischen Kenntnissen und Forschungsergebnissen, die wir über die Art der Kohlenoxydvergiftung besitzen, eigentlich nur eine maßgebliche Methode die gesamte Therapie dieser Vergiftung, eine Methode, die an Einfachheit manche Ähnlichkeit mit jenen tastenden Versuchen der alten Griechen hat".

Nach dem Transport des Bergmanns in besser bewetternete Strecken unter Tage begann die künstliche Wiederbelebung mit der Hand, die in ihrer praktischen Durchführung vorher mit großer Gewissenhaftigkeit geübt werden mußte, um dem Verletzten wirklich zu helfen. Vom Ende des ersten Weltkrieges bis 1928 wurden

unter Anleitung von Dr.KOCH - unter Zuhilfenahme eines besonderen Films über Erste Hilfe - etwa 20.000 Facharbeiter des Bergbaus in der künstlichen Wiederbelebung unterrichtet. Über die bei der Vergiftung mit Kohlenoxyd besonders geeignete Methode nach SILVESTER-BROSCH gab Dr.KOCH in seinem Vortrag an:

"Der Tiefbetäubte wird nach einigermaßen Freimachen der Kleider, ohne daß man ihn natürlich ganz entkleidet, auf den Rücken gelegt. Eine Rolle in Form einer Decke wird in einer Höhe von etwa 25 - 30 cm unter die Schulterblätter geschoben, derart, daß der Kopf tief herabhängt. Sollte es möglich sein, den Betäubten auf einen Tisch zu legen mit tief herunterhängendem Kopf, so ist das besonders zweckmäßig. Durch diese Lagerung wird zunächst erreicht, daß der Brustkorb mit seinen Organen frei heraustritt, und daß die Gefahr des Verschluckens beim Erbrechen zum größten Teil beseitigt ist".

Durch das Vor- und Zurückführen der Arme wurde ein passiver Sauerstofftransport in die Lunge mit einer mechanischen Wirkung auf das Herz kombiniert.

Im "Bergmannsheil II" und in den Zechenverbandsstuben wurde nur nach der Methode von SILVESTER-BROSCH geübt, wobei den anderen Wiederbelebungsarten, z.B. nach SCHÄFER und HOWARD, bestimmte Vorteile nicht abgesprochen wurden. Die praktischen Übungen zeigten jedoch, daß eine Vielzahl an Methoden die Laienhelfer nur verwirrte und zu oberflächlicher Arbeit führte.

Durch die Zusammenarbeit des "Bergmannsheil II" mit dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und dem Roten Kreuz wurden in den Jahren nach 1928 mehrere andere Methoden der künstlichen Wiederbelebung geprüft, z.B. die Methode nach SCHÄFER in Bauchlage, die Methode HOLGER-NIELSEN in Bauchlage, die Methode HOWARD in Rückenlage und die Methode THOMSEN in Rückenlage (25). Die genaue Erläuterung der einzelnen Methoden würde hier zu weit führen. Entscheidend war für das "Bergmannsheil II", daß Chefarzt Dr.KOCH, durch seine Erfolge bestärkt, bei der Ausübung der Methode nach SILVESTER-BROSCH

blieb.

Durch die oben genannten Kontakte wurde das "Bergmannsheil II" neben seiner im Bergbau zugewiesenen zentralen Stelle eine wichtige Pflege- und Beratungsstelle für alle berufsgenossenschaftlichen Fragen der Ersten Hilfe. Bei dieser Zusammenarbeit mit dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften entstand ein Sonderbuch für Laienhelfer (12). Dieser mit anschaulichen Unfall-Originalaufnahmen versehene Leitfaden beschränkte sich auf das für die Erste Hilfe-Leistenden unbedingt Notwendige, so daß ein solcher Kurs in 8 mal 2 Doppelstunden abgehalten werden konnte. Der oben schon angeführte Unfallfilm von 1937 wurde später durch einen Tonfilm mit gleichem Aufbau ersetzt. In Zusammenarbeit mit der Zentralstelle der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften in Kassel hielt Dr.KOCH in den Universitätsstädten Heidelberg, München, Breslau und Kiel Vorträge über Unfallverhütung und Unfallgesetzgebung (11). Weiterhin wurden im "Bergmannsheil II" Sondervorträge in Erster Hilfe für die sogenannten Technischen Aufsichtsbeamten der Berufsgenossenschaften aus ganz Deutschland durchgeführt, in denen auch die anatomische Ausbildung und die Heilverfahren besprochen wurden. Die technischen Aufsichtsbeamten wurden verpflichtet, in einem Verbandbuch die ersten Aufzeichnungen des Unfallbefundes an der Arbeitsstelle niederzulegen. Auf diese Aufzeichnungen stützten sich zum Teil spätere Gutachten und Rentenverfahren beim Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften.

Die Lehrtätigkeit, die vom "Bergmannsheil II" ausging, betraf auch die Bergschulen in Bochum, Essen und Recklinghausen, wo sich alle neueingestellten Zechenbeamten nach den Kursen in Erster Hilfe und Unfallverhütung einer Prüfung unterziehen mußten (26).

3. Die chirurgische Arbeit im "Bergmannsheil II"
unter Chefarzt Dr.EMIL KOCH (1884-1957)

a) Die Versorgung frischer Wunden

Bei der Versorgung frischer Unfallwunden führte Dr.KOCH im "Bergmannsheil II" schon bei der Eröffnung 1929 die primäre Wundnaht ein. Es wurde die sogenannte 6-Stundengrenze nach Prof.PAUL FRIEDRICH (1864-1916) zwischen der Entstehung der Wunde unter Tage und der primären Wundnaht im Krankenhaus erreicht. Die Wundränder wurden ausgeschnitten, wobei auch Entspannungsschnitte und Lappenverschiebungen vorgenommen wurden. Der chirurgische Grundsatz im "Bergmannsheil II" lautete:

"Auch die kleinste accidentelle Unfallwunde ist zu behandeln und zu versorgen".

Die nach Süden ausgerichteten Krankenzimmer mit ihrer langen Sonneneinstrahlung hatten einen günstigen Einfluß auf die Stimmung der Patienten und damit auch auf die verbandlose Heilung der Wundnaht.

Dr.KOCH konnte mit der Liegeterrasse bei der Heilung einiger chirurgisch geschlossenen Tuberkulosen mitten im rheinisch-westfälischen Industriebezirk einen besonderen Erfolg erzielen. Bei der Ruhigstellung der primären Wundnaht an den Extremitäten, besonders am Knie- und Fußgelenk, wurde die BRAUN'sche Lagerungsschiene verwendet. Auch die kleinste Wunde auf der Beugeseite des für den Bergmann so wichtigen Daumens und des 5.Fingers wurde nicht vernachlässigt.

Zur weiteren Behandlung der frischen Wunde gehörte die oberflächliche leichte Massage der nicht verletzten Extremitätenteile sowie Bewegungsübungen in Absprache mit dem Abteilungsarzt. Erstes Aufstehen und Gehübungen mit dem Gehbänkchen mußten vom Chefarzt erlaubt werden. Mit fortschreitender Genesung durfte der Patient die Parkanlagen und die Turnhalle besuchen. In der Turn- und Sporthalle wurden unter Leitung von Dr.SIEGBURG als Sportarzt und eines Sportlehrers 1937 leichte und für die Kranken angemessene Leibesübungen durchgeführt (96).

Da Dr.KOCH bei Prof. BIER (1861-1949) in Berlin noch vor dem Bau des neuen Krankenhauses die Sportarztprüfung gemacht hatte und somit für die Sportmedizin besonders interessiert war, standen in der Turnhalle sämtliche Sportgeräte, die dem Patienten mit frisch geheilten Wunden beim Gebrauch seiner Gliedmaßen das Selbstvertrauen und das seelische Gleichgewicht zurückgaben.

Die primäre Wundnaht konnte bei den sogenannten sekundären Wunden, die beginnende Eiterungen und Entzündungen aufwiesen, nicht angewandt werden. Die offene Wundbehandlung wurde durch das BRAUN'sche verbandlose Verfahren, das die Ruhigstellung sicherte, und den LÖRCHER Ring, der als Schutz gegen Fliegen gedacht war, unterstützt. Diese Behandlungsart hatte den Vorteil, daß der Fortschritt der Heilung durch den Arzt von außen mitverfolgt werden konnte (21).

Dr.KOCH hatte zusammen mit Prof. WALTER von BRUNN (1876-1952) vom Institut für Geschichte der Medizin in Leipzig über die geschichtliche Entwicklung der Sandbehandlung bei sekundären Wunden und Phlegmonen herausgefunden, daß diese Methode zur Heilung eiternder Beingeschwüre an den Sandufern größerer Flüsse gebräuchlich war. Schon Prof. MAX von BRUNN (1875-1924) hatte mit Sand von kleiner oder mittlerer Korngröße während des ersten Weltkrieges bei Phlegmonen Erfolge erzielt. Nach Eröffnung des "Bergmannsheil II" wurden dort Gefäße mit gereinigtem Rheinsand gefüllt, die am Krankenbett eine vollständige Bedeckung der Wunde erlaubten. Der Sand hatte eine reinigende und aufsaugende Wirkung auf die mit Eiter und Absonderungen verschmutzte Wunde. Prof. MAGNUS am "Bergmannsheil" Bochum versuchte eine ähnliche Behandlung mit Zucker, kehrte dann aber wegen nicht befriedigender Erfolge zur Sandbehandlung zurück. Die Sandbehandlung hatte bei Verkleinerung von sekundären Wunden auch bei der V-Pflegmone an den oberen Gliedmaßen und Phlegmonen der Kopfhaut Erfolg.

b) Die Knochenbruchbehandlung

Auf dem Gebiet der Knochenbruchbehandlung stand Dr.KOCH schon als Oberarzt im "Bergmannsheil" Bochum mit Prof.Dr.LORENZ BÖHLER (1885-1973), dem Leiter der Wiener Chirurgischen Unfallklinik, in Verbindung. Die von Prof.MAX von BRUNN (1875-1924) eingeführte Gipsschienenbehandlung wurde vereinfacht und verbessert. Diese Gipsschiene wurde nach Einrichtung des geschlossenen Unterschenkelbruchs in Narkose mit Rücksicht auf die spätere Gelenkfunktion so anmodelliert, daß die Bruchstelle möglichst fest und günstig stand. Die Verletzten durften relativ früh mit Hilfe von Gehbänkchen aufstehen, wobei die Frakturstelle durch günstig dosierte Reize zur Knochenneubildung angeregt werden sollte. Durch regelmäßige Röntgenkontrollen sollte das mögliche Auftreten der sogenannten SUDECK'schen Knochenatrophie frühzeitig erkannt werden.

In den zum "Bergmannsheil II" gehörenden Schachtanlagen des nord-östlichen Reviers waren die Untertageverhältnisse durch die große Tiefe gefährlicher als im Süden des Industriegebietes, so daß hier die Wirbelbrüche beim Bergmann häufiger vorkamen. Jeder durch einen Wirbelbruch vollständig gelähmte Bergmann sollte wegen möglicher gefährlicher Nebenerscheinungen von Seiten des Blasen- und Nierenapparates nicht in das nächstgelegene Krankenhaus, sondern ins "Bergmannsheil II" gebracht werden. Im Durchschnitt wurden 6 Wirbelbruchverletzte stationär behandelt, wobei die Therapie in Einzelfällen bis zu 10 Jahren dauerte, bis sie mit besonders konstruierten Fahrzeugen nach Hause entlassen werden konnten. Die schwierigen Fälle wurden nur von den besten Pflegern betreut, so daß Druckliegewunden kaum noch auftraten (18).

Auf dem Gebiet der Handchirurgie arbeitete das "Bergmannsheil II" mit Prof.LUDWIG MÖBERG (geb.1902) aus Göteborg in Schweden zusammen. Dieser hatte im Jahre 1950 bei seinem Besuch in Buer dem Krankenhaus ein Spezialinstrumentarium überlassen. Einige Ärzte des "Bergmannsheil II" konnten bei einem Besuch in Schweden die von ihm geschaffene Sonderorganisation bezüglich Handverletzungen kennenlernen, die sich dort gut bewährt hatte

Für das Gebiet der Thoraxchirurgie nahm Dr.KOCH Kontakt mit Prof.FERDINAND SAUERBRUCH (1875-1951) in Berlin auf, der durch das von ihm entwickelte Druckdifferenzverfahren ein Zusammen-sinken der Lunge bei Eröffnung des Brustkorbes verhinderte. Prof.SAUERBRUCH war mehrmals im neuen Krankenhaus in Buer zu Besuch.

Für die Heilbehandlung von Entzündungen waren die Ideen von Prof. AUGUST BIER (1861-1949) am "Bergmannsheil II" von großer Bedeutung. Mit der BIER'schen Stauung konnte Dr.KOCH mit Erfolg arbeiten. Mit den urologischen Anstalten in Wildungen wurden Assistenten ausgetauscht, um das Sondergebiet der Becken-, Blasen- und Harnröhrenverletzungen der Bergleute zu verbessern, auf dem Prof.MAX von BRUNN (1875-1924) und Dr.KOCH eine besondere Methode entwickelten. Bei Beckenbrüchen mit Blasen- und Harnröhrenverletzung wurde die Blase oberhalb der Symphyse eröffnet und ein langer Schlauch durch die Harnröhre zum Spülen geführt.

Im Rahmen der chirurgischen Arbeit ist wichtig, daß jedes operativ entfernte Gewebsmaterial in die Prosektur des "Bergmannsheil" Bochum geschickt wurde. Es entstand so im Laufe der Zeit im neuen Krankenhaus Buer eine umfangreiche Sammlung an pathologischen Präparaten, die für Veröffentlichungen zur Verfügung gestellt wurde. Es wurde Wert darauf gelegt, daß die Assistenten eine pathologisch anatomische Tätigkeit ausgeführt hatten. Zu diesem Zweck schickte Dr.KOCH seinen Assistenten Dr.UFFELMANN ins pathologisch anatomische Institut nach Dresden zu Prof.CHRISIAN SCHMORL (1861-1932). Dr.UFFELMANN besorgte die nötigen Instrumente nach SCHMORL'schem Muster für das "Bergmannsheil II", so daß Knochenpräparate, besonders von der Wirbelsäule, angefertigt werden konnten.

c) Die Führung der Krankengeschichten und Gutachten

Großer Wert wurde auch auf die Führung der Krankengeschichten gelegt, für die eine Verwaltungskraft eingesetzt wurde. Je nachdem, ob es sich um eine Wunde, einen Knochenbruch oder eine

stumpfe Bauchverletzung handelte, waren die Krankenblätter schon äußerlich durch verschiedene Farben gekennzeichnet. Diese Übersichtliche Einteilung war für die Begutachtung chirurgischer Behandlungsfälle wichtig, wobei sich Dr.KOCH wie sein Lehrer MAX von BRUNN (1875-1924) an die Züricher Schule und Klinik unter Prof.CONSTANTIN KAUFMANN (1853-1943) hielten. Die Knappschafts-Berufsgenossenschaft hatte selbst ein Heft herausgegeben, in dem die Prozentzahlen für Gliedverluste und sonstige körperliche Dauerschäden angegeben waren (51). Jedes Endurteil über die Festlegung einer Rente mußte vom Chefarzt selbst überprüft werden. Im "Bergmannsheil II" galt dabei der Grundsatz: ein jedes erste chirurgische Gutachten nach Beendigung des Heilverfahrens muß so übersichtlich und kurz, einfach und vollständig geschrieben werden, daß alle nur irgendwie wichtigen Punkte möglichst mit deutschen Ausdrücken bei Fortsetzung späterer Begutachtungen deutlich vorliegen. Die Gutachten waren nach einem festen Schema aufgebaut, das folgende Punkte enthielt:

- A. Vorgeschichte
- B. Klagen
- C. Genauer chirurgischer Befund
- D. Beurteilung und Abschätzung
- E. Unabhängig vom Unfall.

Der Punkt E sollte von vornherein Unklarheiten in der Abschätzung der wirklichen Unfallfolgen für die weitere Zukunft und Begutachtung vermeiden. Im weiteren Verlauf des Gutachtens waren dann die Urteile der Fachärzte von der Inneren- und Nervenabteilung aufgeführt. Am Ende dieser ersten Begutachtung nach Abschluß des Heilverfahrens stand das Urteil des chirurgischen Chefarztes (22).

In den Zusammenhangsgutachten für das Reichsversicherungsamt wurde besonders die Verbindung zwischen Unfall und den im Bergbau häufig vorkommenden Meniskusveränderungen untersucht. Nach Beratung durch den pathologischen Anatomen Prof.WILHELM CEELEN (geb. 1883) aus Bonn wurden die meisten Meniskusveränderungen nicht als Unfallfolge, sondern als Degenerationerscheinung beurteilt.

VIII. DIE CHIRURGISCHE ABTEILUNG DES "BERGMANNSHEIL II" BUER
UNTER DEM ÄRZTLICHEN DIREKTOR DR.FRITZ WOLF (geb.1910)
VON 1954 BIS 1974

1.Die Entwicklung der Chirurgischen Klinik von 1954-1974

Am 1.September 1954 fand in der Chirurgischen Abteilung des "Bergmannsheil II" Buer eine kleine Feier statt, die einen entscheidenden Einschnitt in die Geschichte des neuen Hauses bedeutete. Nach fast 25-jähriger Arbeit übergab Dr.EMIL KOCH das "Bergmannsheil II", das man mit Recht als sein Lebenswerk bezeichnen kann, seinem Nachfolger Dr.FRITZ WOLF. Dr.KOCH stand so fast bis zu seinem 70.Geburtstag am 6.10.1954 im Dienst des verletzten Bergmanns, den er, da er im Ruhrgebiet geboren war, wie kaum ein anderer kannte. Er war der Vorsitzende der Vereinigung der plattdeutschen Vereine im Ruhrgebiet und erhielt als Vorsitzender des größten Landesverbandes im Volksbund Deutscher Kriegsgräberfürsorge im November 1953 das Bundesverdienstkreuz von Bundespräsident Prof.Dr.THEODOR HEUSS. Er wohnte weiterhin nur 200 m vom Krankenhaus entfernt in seinem Privathaus, um seinem Nachfolger Dr.WOLF immer mit seinem Rat zur Seite stehen zu können.

Der neue, 43-jährige Chefarzt Dr.FRITZ WOLF, geboren am 1.9.1910 in Colmar im Elsaß, der unter 46 Bewerbern ausgewählt wurde, war vor dem Kriege an der Universität Leipzig tätig und konnte in seiner langjährigen Oberarztzeit an den Städtischen Krankenanstalten in Krefeld und als Lazarettarzt im zweiten Weltkrieg chirurgische Erfahrungen sammeln.

Bei der Amtsübernahme in Buer, die einen Monat vor dem 25-jährigen Jubiläum stattfand, zählte das "Bergmannsheil II" 302 Betten, von denen 241 auf die Chirurgische und 61 auf die Medizinische und Neurologische Klinik entfielen (49).

Obwohl Dr.WOLF bei seiner Einführung betont hatte, daß er das Krankenhaus im Sinne von Dr.KOCH weiter leiten werde, wurden doch eine Reihe von Veränderungen vorgenommen. Der neue Chefarzt versuchte durch eine Assistentenordnung und durch regelmäßige Assistentenbesprechungen aus der Ärzteschaft eine Einheit

zu bilden. Große, regelmäßig durchgeführte Visiten unter Teilnahme aller Mitarbeiter sollten die Arbeit der Assistenten und des Pflegepersonals überwachen. Da Dr. WOLF eine mehr aktive chirurgische Einstellung als sein Vorgänger hatte, bei dem auch sehr kleine operative Eingriffe und Verbandswechsel als Operationen angeführt wurden, kann man die Statistiken der Operationen nicht ohne weiteres vergleichen. Im Jahre 1955 wurden 895 ausgesprochen schwere Eingriffe an Körperhöhlen und Gliedmaßen vorgenommen. Die großen Operationen wurden an vier Tagen in der Woche durchgeführt, während die mittleren und kleinen Eingriffe im 24-stündigen Aufnahmedienst der Frischverletzten-Abteilung behandelt wurden.

Da jede Station 1955 mit nur 2 Planassistenten besetzt war und mit 50 bis 55 Betten häufig eine Überbelegung aufwies, war die Belastung für das gesamte Pflegepersonal größer geworden. Unter diesen Verhältnissen schien der Umbau der Stationen A und C gerechtfertigt. In die Krankenzimmer, wo bis dahin bis zu 6 oder 10 Betten standen, wurden Trennwände eingezogen, so daß nun Räume mit 2 oder 3 Betten dominierten. Neue Bäder mit eingebauten Duschen, Waschbecken mit Spiegelschränken und neue Toiletten ersetzten die alten sanitären Anlagen. Zusätzlich wurde für jedes Bett eine zentrale Radio- und Rufanlage installiert. Der gleiche Umbau erfolgte für die Stationen B und D im folgenden Jahr 1956.

Um mit den Betriebsärzten der umliegenden Zechen in Kontakt zu bleiben, wurden regelmäßig gemeinsame klinische Demonstrationen durchgeführt. Besonders die jungen Assistenten am "Bergmannsheil II" nahmen im Austausch dafür an von den Betriebsärzten geleiteten Untertagebesichtigungen teil, um die Arbeitsbedingungen der Bergleute vor Ort kennenzulernen (108).

Da sich der alte Operationstrakt bei der steigenden Zahl der Operationen als unzulänglich erwies, wurde 1956 mit dem Umbau der Operationsabteilung begonnen. Im Erdgeschoß des Traktes wurde die Frischverletzten-Abteilung anstelle der früheren Bäderabteilung eingerichtet. Der Verletzte kam hier zunächst

in einen Warteraum, an den sich ein Zimmer für die Aufnahme angliederte. Dort wurden die Personalien aufgenommen und per Rohrpost an den diensthabenden Arzt im Untersuchungszimmer geschickt. Das Wartezimmer war mit einer Lautsprecheranlage zum Aufrufen der Patienten ausgestattet. Vom Untersuchungsraum konnte man über einen Korridor den Gipsraum und das Röntgenzimmer ohne großen Zeitverlust erreichen. Auf derselben Etage befand sich ein Operationssaal für leichte Fälle, in dem zwei Tische und eingebaute Instrumentenschränke zur Verfügung standen. Direkt daneben arbeitete die Sterilisationsabteilung, die wie alle Räume mit einer Klimaanlage ausgestattet war. Durch diese Raumaufteilung wurde viel Zeit für die Frischverletzten gewonnen, die früher im oberen Geschoß des Operationstraktes beim Transport zur Röntgenaufnahme an das andere Ende des Gebäudes gefahren werden mußten. Im Verlauf des Umbaus wurde der frühere Operationsbunker Übergangsweise für septische Eingriffe wieder hergerichtet. Der neue septische Operationssaal mit eigener Sterilisationsanlage nahm am 26.11.1956 seinen Betrieb auf. Für den ärztlichen Dienst wurden 5 Assistenten vom eigentlichen Stationsdienst ausgeschaltet und nur für die Versorgung der Frischverletzten abgestellt. Ein Oberarzt und zwei Assistenten waren immer in Bereitschaft, um bei Massenunfällen zu helfen, für die ein besonderer Einsatzplan vorlag.

In der Poliklinik wurden 1956 weniger Patienten als 1955 behandelt. Bei den stationären Aufnahmen war ebenfalls ein Rückgang zu verzeichnen. Diese Entwicklung war auf den Umbau der Stationen und des Operationstraktes, auf die Eröffnung der Paracelsus-Klinik in Marl und auf die damit verbundene Abwanderung der Verletzten von den Zechen Auguste-Viktoria und Brassert zurückzuführen.

Bis 1955 wurde der größte Teil der Blutkonserven in der Chirurgischen Klinik selbst hergestellt. Da wegen Transfusionszwischenfällen mit tödlichem Ausgang in anderen Häusern die Bedingungen für die Unterhaltung einer Blutspendezentrale von den Medizinalbehörden verschärft wurden, ging Dr.WOLF dazu über,

die notwendigen Konserven von der Zentrale des DRK in Düsseldorf zu beziehen. Zur Sicherheit wurde noch ein Spenderstamm unterhalten, auf den man in Notfällen zurückgreifen konnte. Bei 551 Transfusionen im Jahre 1956 traten lediglich in 12 Fällen leichte Störungen in Form von Frösteln und Temperaturanstieg auf, die als Überempfindlichkeit gewertet wurden. Ab 1961 mußte das Blut von der DRK-Zentrale in Münster besorgt werden (111).

Bis 1961 hatten auch die Zechen Bergmannsglück, Westerholt und Nordstern von der Bezirksverwaltung zugelassene Gesundheitshäuser, so daß 30% der ambulant Verletzten zur weiteren Behandlung von der Poliklinik dorthin geschickt wurden. Zur Verbesserung der Zusammenarbeit fanden auch regelmäßig Zusammenkünfte zwischen den betreffenden Bergwerksdirektoren und Werksärzten mit der Klinikleitung statt. Der Ausbau der Gesundheitsämter zeigte sich auch in der fallenden Gesamtzahl der behandelten Patienten im "Bergmannsheil II" Buer (1955: 44.522 und 1961: 30.646) (112).

Im klinischen Betrieb wurden 1962 wegen des Assistenzarztmangels organisatorische Umstellungen nötig. Jede der 50 Betten umfassenden Stationen war seitdem mit drei Assistenten besetzt. Die Frischverletzten-Abteilung, in der bis zu 110 Patienten täglich zu behandeln waren, wurde dafür durch einen 24 Stunden dauernden Bereitschaftsdienst versorgt. Der aktive Diensteinsatz für die Assistenten lag damals bei etwa 70 Stunden, hierzu kam noch der Bereitschaftsdienst. Im Gegensatz dazu waren die Planstellen für Krankenpfleger alle besetzt, von denen viele nach dem Ausscheiden aus dem Bergbau in der Krankenpflege nach entsprechender Umschulung einen neuen Arbeitsplatz fanden (113).

Für die Weiterentwicklung des Verkehrtensports ließ Dr. WOLF den Sportarzt Dr. PRERADOVIC an einem Sportärztelehrgang in Münster und Isny teilnehmen.

Im Jahre 1964 betrug die durchschnittliche Belegung der Chirurgischen Klinik 89,5% (1963: 88,6%). Die unfallverletzten und berufsranken Bergleute machten 58,5 % aus, wovon 35,3% zur

BBG und 23,2% zur Ruhrknappschaft gehörten. Da 9,4% auf Kosten anderer Berufsgenossenschaften behandelt wurden, belief sich der Gesamtanteil der berufsgenossenschaftlichen Patienten auf 67,9% (116). Die Gesamtzahl der Krankenhausaufnahmen ist 1965 von 29.175 im Vorjahr auf 26.092 gefallen, was neben der wirtschaftlichen Situation im Bergbau auch auf die Schließung einer kompletten 50 Betten-Station wegen Assistentenmangels zurückzuführen war. Zusätzliche Schwierigkeiten machte die Umstellung auf den achtstündigen Schichtdienst der Stationsschwwestern am 5.1.1965. So kam es am Anfang vor, daß die bei der Visite am Morgen gegebenen Anordnungen bei der Ablösung nicht ordnungsgemäß weitergegeben wurden.

Im Laufe des Jahres 1966 konnte die zeitweise geschlossene Station D wieder eröffnet werden, da im Dezember mit 3 Oberärzten, 15 Assistenten und 2 Medizinalassistenten alle Planstellen der Chirurgischen Abteilung besetzt waren (119).

Im Jahre 1969 war der Anteil der Unfallverletzten oder Berufskranken aus dem Bergbau auf 37,4% zurückgegangen. Da der Anteil der fremden Berufsgenossenschaften 15,1 % ausmachte, betrug der Gesamtanteil der berufsgenossenschaftlichen und knappschaftlichen Patienten nur noch 52,5%. Die Gesamtzahl der Krankenaufnahmen ging von 1966 bis 1969 ebenso stark zurück wie auch die Gutachten für die BBG von 3.379 (1966) auf 1.116 (1969). Charakteristisch ist auch, daß die Gutachtenzahl für andere Versicherungsträger in derselben Zeit von 337 (1966) auf 553 (1969) stieg. Der wesentliche Grund für diese mit Ausnahme der beiden Spezialstationen Hand- und Neurochirurgie fallenden Belegzahlen des "Bergmannsheil II" Buer war wohl die schlechte wirtschaftliche Situation im Ruhrbergbau, die 1967 mit der Stilllegung der Zeche Bismarck in Gelsenkirchen, bei der mehrere Tausend Bergleute ihren Arbeitsplatz verloren, ihren Höhepunkt fand (122).

Im Auftrag der Stadt Gelsenkirchen wurde Anfang März 1970 ein Notarztswagen in der Chirurgischen Klinik stationiert, der bis zu seiner Stilllegung wegen akuten Ärztemangels 1972 über 500 Einsätze hatte.

Die letzte große bauliche Veränderung war die Modernisierung des Bettenhauses der Chirurgischen Abteilung. Vom 18.1.1971 bis zum 14.2.1972 wurden auf den drei Etagen des Ostflügels die Stationen B, D, G und H für ca. 2,7 Mio DM umgebaut. Für jedes der 107 Betten bedeutete das eine Ausgabe von 25.000 DM. Nachdem einer der beiden Hauptflügel des Bettenhauses während der Umbauarbeiten jeweils stillgelegt war, wurde vom 1.3.1972 bis zum 13.4.1973 der Westflügel mit den Stationen A, C, E und F für ca. 3,6 Mio DM modernisiert. Für jedes der 104 Betten mußten 35.000 DM ausgegeben werden. Durch die Schaffung von Ein- und Zweibettzimmern sind die Stationen auf eine gut vom Pflegepersonal zu versorgende Größe von durchschnittlich 35 Betten verkleinert worden. Diese neue Aufteilung bedeutete eine Verminderung der Bettenzahl um 75, die durch die Aufstockung der Dachterrasse über den beiden Bettenflügeln mit zwei Stationen für je 16 Betten zum Teil ausgeglichen wurde. Für den Ausbau der Dachterrasse mußten 1,6 Mio DM investiert werden. In den bisher nicht genutzten Dachräumen des Ost- und Westgiebelbereiches wurden zusätzliche Funktions-, Sanitär- und Nebenräume geschaffen. Die 3-Bettzimmer waren neben den 2- und 1-Bettzimmern auf den Privatstationen dominierend.

Einschließlich der Erweiterung des Küchenbetriebes mit der Umstellung auf Bandverteilung kosteten die gesamten Umbaumaßnahmen ca. 12,4 Mio DM (71). Nach der Fertigstellung des neuen Bettenhauses stieg die Zahl der stationären Aufnahmen merklich von 2.038 (1972) auf 2.811 (1974), wovon 1.294 als frische Verletzungen und 1.517 als chirurgische Erkrankungen, vorwiegend Abdominalchirurgie und Gelenkerkrankungen, behandelt wurden. Zur Betreuung der im Jahre 1974 im Durchschnitt zu 85% mit Patienten belegten Stationen gab es 160 Planstellen für Pflegekräfte, die vollbesetzt waren. Zusammen mit den Hilfspflegerinnen und Schwesternhelferinnen wären es genau: (125)

- 15 examinierte Krankenpfleger
- 9 Pflegeschüler
- 5 examinierte Krankenpflegehelfer
- 16 Hilfspfleger

73 examinierte Krankenschwestern
5 Schülerinnen
32 examinierte Krankenpflegehelferinnen
15 Schwesternhelferinnen.

Vom Jahre 1965 bis 1972 fiel die Zahl der Bergleute, die zum Versorgungsbereich des "Bergmannsheil II" Buer gehörten, von 62.000 auf 39.000. Im selben Zeitraum sank auch der Anteil der Bergbaupatienten der Chirurgischen Abteilung von 73,5% auf 45,1%.

"Wirtschaftliche Umstrukturierung im Raum Gelsenkirchen-Buer mit 25.000 Beschäftigten in Großbetrieben der chemischen Industrie, rd.12.000 in der Bekleidungsindustrie, über 10.000 in elektronischen Großunternehmen, rd.10.000 im Stahl- und Metallbau, 5.800 im Maschinenbau, 5.000 in Großunternehmen der Glas- und Glaswarenindustrie, rd.3.000 in der Nahrungs- und Genußmittelindustrie beeinflusste die Zuständigkeit der Kostenträger, damit die Struktur des Patientenguts, auch Art und Schwere der Verletzung" (72).

Die wirtschaftliche Umstrukturierung machte sich vor allem auf dem Gebiet der unfallverletzten Bergbaupatienten, deren Anteil von 1963 mit fast 70% auf 28% im Jahre 1971 gefallen war, bemerkbar. Die Statistik der erstellten Gutachten von 1965 und 1974 zeigte, daß die Bergbau-Berufsgenossenschaft als Träger des "Bergmannsheil II" Buer weit stärker betroffen war als die anderen Berufsgenossenschaften.

Gutachten der Chirurgischen Klinik "Bergmannsheil II" Buer:

1965:	BBG: 516	andere BG: 371	(118)
1974:	BBG: 743	andere BG: 916	(124)



Abb.7: Kurven der Zahl der in den Jahren 1954 bis 1974 stationär behandelten Patienten, der vorgestellten Patienten in der Ambulanz, der angefertigten Röntgenaufnahmen und der Behandlungen in der Bäderabteilung. (107)

2. Die Ärzte der Chirurgischen Klinik (1929 - 1975)

Als Chefarzt Dr.EMIL KOCH im Oktober 1929 seine Arbeit im neuen Haus begann, standen ihm nur vier Ärzte zur Seite: Oberarzt Dr.KUHLMANN, Dr.UFFELMANN, Dr.SCHÜTZEBERG, Dr.HESSBRÜGGEN und etwas später als Arzt für die physikalische und Massageabteilung Dr.PANOSSIAN.

Weiterhin waren schon in den ersten Jahren eine Reihe von Medizinalpraktikanten und auch Famuli tätig.

Anfang 1937 wurde ein zusätzlicher Assistenzarzt, Dr.HÄNSCH, eingestellt, der mit seiner Arbeit auf der Zeche Hugo in Buer begann und später auch auf den Stinnes-Schächten und anderen Zechen erschien.

Ein anderer Facharzt für Chirurgie war Dr.E.KLEIN, der ab 1.Oktober 1938 als nebenamtlicher Werksarzt vom "Bergmannsheil II" aus bei der Bergbau A.G. Ewald-König Ludwig auf den Schachtanlagen Ewald 3/4 in Buer-Resse, Ewald 1/2 und auf dem Wetterschacht 5 in Herten tätig war. Bis zum Ende des zweiten Weltkrieges versorgte er nachmittags zwischen 13 Uhr 30 und 15 Uhr 30 die Leichtverletzten ambulant in den Zechenverbandstuben neben seiner sonstigen Tätigkeit im "Bergmannsheil II".

Nachdem Oberarzt Dr.HEINRICH HESSBRÜGGEN die Klinik zum Ende des Jahres 1954 verlassen hatte, wurde die Stelle an Dr.BERTOLD WINKELMANN vergeben, der seit 1951 im Hause als Assistenzarzt tätig war. Zum 30.6.1959 schied er aus, um eine Chefarztstelle in Stuttgart zu übernehmen. Nachfolger wurde Dr.HANS-JOACHIM EDELHOFF, der seit 1955 als Assistent im Hause tätig war. Er starb am 5.4.1964. Seine Stelle erhielt der Assistenzarzt Dr.ROLAND RAHMEL.

Die Leitung der Poliklinischen Ambulanz wurde am 1.7.1959 von Oberarzt Dr.ZIMMER übernommen. Er arbeitete bei der prothetischen Versorgung der Gliedmaßenverletzten mit dem Facharzt für Orthopädie, Dr.HARTUNG, und einem Orthopädiemeister zusammen.

Das Jahr 1960 war, wie schon die Jahre zuvor, durch einen dauernden Mangel an chirurgischen Assistenzärzten gekennzeichnet.

Von den 10 Planstellen waren häufig nur 5 besetzt, so daß der Schwerpunkt der Arbeit auf das operative Gebiet gelegt werden mußte, worunter die klinische stationäre Arbeit zwangsläufig vernachlässigt wurde. Im Jahre 1961 wurde zum ersten Mal ein ausländischer Assistenzarzt eingestellt, der das Haus jedoch wegen der Sprachprobleme bald wieder verließ. Im folgenden Jahr wurden zwei weitere ausländische Ärzte verpflichtet, über die der Jahresbericht von 1962 jedoch keine weiteren Angaben machte. Zusätzlich erschwerte das Fehlen einer Wachstation die Arbeit der Ärzte erheblich, da die Frischoperierten und Schwerverletzten auf allen Stationen verstreut lagen und die Anästhesisten bei der postoperativen Bewachung von einem Krankenzimmer zum anderen laufen mußten.

Ende 1972 schied Oberarzt Dr.KARL ZIMMER aus, der seit 1936 die Chirurgische Ambulanz geleitet hatte. Nachfolger wurde sein langjähriger Assistent Dr.MARTIN SCHULZE (117). Im Jahr 1975 gab es zwei wichtige personelle Veränderungen. Wegen Erreichens der gesetzlichen Altersgrenze schied am 30.9.1975 der Chefarzt der Chirurgischen Abteilung, Dr.FRITZ WOLF (geb.1910), aus. Bis zum Dienstantritt des neuen Chefarztes, Prof.Dr. WILFRIED SCHRAMM (Geb.1928), der seit 1969 die Chirurgische Abteilung des Knappschaftskrankenhauses Gelsenkirchen-Ückendorf geleitet und vorher als Oberarzt am "Bergmannsheil" Bochum (ab 1964) gearbeitet hatte, wurde die Stelle vertretungsweise durch Oberarzt Dr.ZÜHLKE besetzt.

IX. DIE INNERE- UND NERVENABTEILUNG DES "BERGMANNSHEIL II"
VON IHRER GRÜNDUNG 1934 BIS ZUM JAHRE 1963 UNTER DER
LEITUNG VON DR. WILHELM SILBERKUHLE (1897-1976)

1. Die Gründung der Inneren- und Nervenabteilung

Bei der Eröffnung im Jahre 1929 war das "Bergmannsheil II" als rein chirurgisches Krankenhaus geplant. Bei der hohen Belegung von 240 bis 250 Patienten mußte aber immer ein Teil wegen Erkrankungen der inneren Organe und des Nervensystems von einem internistisch ausgebildeten Arzt mitbetreut werden (33). Diese Aufgabe wurde von Dr. WILHELM SILBERKUHLE (1897-1976), der als Oberarzt unter Prof. VIKTOR REICHMANN (1881-1956) die Röntgentherapieabteilung im "Bergmannsheil" Bochum leitete, als Nebentätigkeit bis 1934 übernommen. WILHELM SILBERKUHLE kam als Sohn einer Essener Arztfamilie nach Studium und Assistententätigkeit in Essen und Rostock 1924 an das Krankenhaus "Bergmannsheil" Bochum, wo er 1927 zum Oberarzt ernannt wurde.

Da die Zahl der stationär aufgenommen Patienten mit inneren Krankheiten stark zunahm, mußte er seinen Wohnsitz von Bochum nach Buer verlegen, um dem neuen Krankenhaus ständig als Internist zur Verfügung zu stehen.

Ein weiterer Grund für die Einrichtung einer Inneren Abteilung in Buer waren die Fortschritte in der Silikose-Forschung. Bis zum Anfang der zwanziger Jahre war in der medizinischen Literatur kaum mehr als der Name und die Erscheinungsform dieser Staublungerkrankung beschrieben worden. Die Forschungsergebnisse der Professoren VIKTOR REICHMANN (1881-1956), Innere Klinik des "Bergmannsheil" Bochum und ARTHUR BÖHME (1878-1962), Innere Klinik des "Augusta-Hospital" Bochum, auf dem Gebiet der Silikoseentstehung führten zu der Zweiten Berufskrankheitenverordnung (BKVO) vom 11.2.1929, die die Staublungerkrankung der Bergleute mit in die Unfallversicherung einbezog. Diese Verordnung schloß folgende Krankheiten ein:

Erkrankungen durch Benzol oder reine Homologen,
Erkrankungen durch Kohlendioxyd,
chronische und chronisch rezidivierende Hauterkrankungen durch

Russ, Paraffin, Teer, Anthrazen, Pech und verwandte Stoffe, Erkrankungen der Muskeln, Knochen und Gelenke durch Arbeiten mit Preßluftwerkzeugen, schwere Staublungerkrankungen (Silikose), wobei Tuberkulose, die mit einer schweren Staublungerkrankung zusammentraf, als Staublungerkrankung für die Entschädigung galt (39).

Die neue Verordnung sah jedoch nicht die Entschädigungspflicht für jede Art der Staublungerkrankung im Bergbau vor. Durch die Bezeichnung "schwere Staublungerkrankung (Silikose)" sollte betont werden, daß es sich nur um Gesteinsstauberkrankung mit bedeutender Beimengung von Kieselsäure handelte. Die bloße Durchsetzung der Lunge mit Gesteinsstaub war kein ausreichender Entschädigungsanspruch, wenn nicht gleichzeitig eine schwere Staublungerkrankung vorlag. Erkrankungen durch Kohlenstaub und Streustaub, der zur Vermeidung von Explosionen unter Tage benutzt wurde, fielen nicht unter diese Verordnung (58).

2. Der Vorläufer der Inneren Abteilung

Da die Wirtschaftskrise von 1933 den aufwendigen Neubau einer Inneren Abteilung nicht erlaubte, mußte Chefarzt Dr. EMIL KOCH am 1.3.1934 die damalige Chirurgische Halbstation E als Innere Abteilung zur Verfügung stellen. Dieser Verlust für die Chirurgische Abteilung wurde durch den Ausbau des offenen Balkons auf den Flügeln des Hauptgebäudes zu Krankenzimmern ausgeglichen. Dr. W. SILBERKUHL war somit der Leiter der 26 Betten umfassenden ehemaligen Chirurgischen Männerstation. Er durfte aber auch mit Zustimmung von Dr. EMIL KOCH Betten auf der chirurgischen Privat-, Kinder- und Frauenstation belegen. Die Halbstation E erwies sich jedoch schon wenige Wochen nach der Eröffnung als zu klein, so daß ständig ein Teil der Patienten abgewiesen werden mußte und auch ein Teil der Verletzten im Bedarfsfall nicht von der Chirurgischen auf die Innere Abteilung überwechseln konnte. Weiter fehlten auf der Inneren Männerstation mehrere kleine Zimmer, so daß die Sterbenden in den Untersuchungssaum der Chirurgischen Abteilung oder sogar ins Bade-

zimmer gebracht wurden. In dem einzigen Schwesternzimmer der Station, das zugleich als Untersuchungsraum diente, war nicht einmal genug Raum für eine Untersuchungsliege. Der größte Mangel war jedoch das Fehlen einer Isolierabteilung für die Fälle von offener Tuberkulose, der dann meistens die Verlegung dieser Patienten zum "Bergmannsheil" Bochum nötig machte. Ein Teil wurde jedoch trotz ungenügender Trennung von den übrigen Patienten im Haus selbst behandelt (127).

Eine weitere Schwierigkeit war am Anfang die Unterbringung der technischen Geräte (Elektrokardiograph, Sauerstoffwechselapparat, Apparatur für Pneumothorax, Enzephalograph, Venenpuls-schreiber), für die in der ersten Etage ein entbehrlicher Toiletten-Raum umgebaut wurde. Die Überfüllung dieses Apparate-raumes erschwerte nicht nur die Untersuchung, sondern gefährdete auch die empfindlichen Apparaturen. Im Laufe des Jahres wurde dort noch ein Biomotor installiert, ein Apparat, der durch Druck- und Saugwirkung auf den Leib den Brustverletzten mit Zwerchfellverwachsungen die Zwerchfellatmung verstärkte.

3. Die Innere- und Nervenabteilung in den Jahren 1934-1950

In den ersten neun Monaten des Jahres 1934 wurden 879 Fälle behandelt, was einen monatlichen Durchschnittszugang von 93 und einen Jahresdurchschnitt von 1.128 Fällen bedeutete. Der folgende Auszug aus dem Jahresbericht gibt einen Einblick in die einzelnen Erkrankungsarten auf der neu eröffneten Inneren Abteilung im Jahre 1934.

"S t a t i o n ä r wurden in der Zeit vom 1.3. bis 31.12.1934 879 Fälle behandelt. Diese verteilen sich nach großen Gruppen auf die einzelnen Erkrankungsarten geordnet wie folgt:

Spontanerkrankungen:

Erkrankungen der Atmungsorgane (ohne Tbc.)	32
Lungentuberkulosen	40
Erkrankungen des Kreislaufs	103
Erkrankungen der Verdauungsorgane	98
Erkrankungen der Harnorgane	30
Erkrankungen des Stoffwechsels u.d.Blutdrüsen	26
Erkrankungen der blutbildenden Organe	6

Erkrankungen der Geschlechtsorgane	-
Erkrankungen des Bewegungsapparates (einschl. Rheuma)	41
Infektionskrankheiten (einschl. Angina)	15
Erkrankungen des Zentralnervensystems	18
Erkrankungen peripherer Nerven	18
Psychoneurosen	17

Verletzungen:

Brustquetschungen mit Beteiligung des Rippen- fells, der Lunge, des Zwerchfelles usw.	96
Traumatische Herzscheidungen	1
Verletzungen innerer Bauchorgane	13
Verletzungen der Harnorgane	19
Gehirnerschütterungen	108
Hirnquetschungen	5
Umschriebene Verletzungen des Gehirns	11
Rückenmarksverletzungen	19
Verletzungen peripherer Nerven	19
Radialis	3
Axillaris	2
Arm-Plexus	2
Serratus	3
Peroneus	2
Hüftnerf	2
Femoralis	2
psychogen. Lähmungen	3
Elektrische Verletzungen	3
<u>Vergiftungen</u> durch	
Kohlenoxyd	28
H ₂ S	1
Schweflige Säure	1
Blei	7
Alkohol	2
Nikotin	2
Pilze	2
Petroleum	1
Silikose	68
Erkrankungen durch Ankylostoma und Anguillula	4
Innere Komplikationen bei chirurg. Ver- letzungen einschl. Lungenembolien	25

Zusammen: 879 "

Tabelle der in den ersten 9 Monaten behandelten
Erkrankungen der Inneren Abteilung (128).

Auf der Chirurgischen Abteilung wurden von den Ärzten der Inneren Abteilung in den ersten neun Monaten 563 Fälle untersucht und von diesen 259 längere Zeit auf den Chirurgischen Stationen mitbehandelt. Es handelte sich um Patienten, die trotz der Schädigung der inneren Organe einer weiteren chirurgischen Behandlung bedurften und deshalb nicht auf die Innere Abteilung überwechseln konnten.

In der Ambulanz, die einen großen Teil der ärztlichen Tätigkeit in Anspruch nahm, wurden im selben Zeitraum 257 Kranke untersucht. Für die Sektion II der Bergbauberufsgenossenschaft wurden in den ersten neun Monaten 581 Gutachten erstellt, was einem Jahresdurchschnitt von 696 entsprochen hätte. Hinzu kamen noch 145 Staublungenanlage-Untersuchungen, die bei der Einstellung der durch die Silikose gefährdeten Bergleute vorgenommen wurde. Röntgenabteilung und Laboratorium standen in den ersten Jahren für beide Abteilungen zur Verfügung.

Röntgenaufnahmen:

Lungenaufnahmen	617
Herzfernaufnahmen	238
Magen- Darm-Aufnahmen	520
Gallenblasenaufnahmen	20
Nierenaufnahmen einschl.Harnleiter u.Blase	110
Schädelaufnahmen	218
Wirbelsäulenaufnahmen	116
Aufnahmen der Extremitäten u.Sonstiges	35

Gesamtzahl der Aufnahmen:	1.874
---------------------------	-------

Durchleuchtungen:

Durchleuchtungen der Brustorgane	600
Magen- Darm- Durchleuchtungen	455

Gesamtzahl der Durchleuchtungen:	1.055
----------------------------------	-------

Tabelle der Zahl der Röntgenaufnahmen für die Innere Abteilung vom 1.3. bis 31.12.1934 (126)

Mehr als zwei Drittel der Patienten, die im Jahre 1934 behandelt wurden, gehörten zur Sektion II der BBG, ein Zustand, der aus wirtschaftlichem Gesichtspunkt für die Sektionsverwaltung sehr günstig war. Für die Ausbildung der auf der Inneren Abteilung tätigen Assistenzärzte bedeutet es jedoch eine einseitige Ausbildung, da die fünf bis sechs mit anderen klinischen Fällen belegten Betten nicht ausreichten, um umfassende Kenntnisse zur Behandlung innerer und neurologischer Krankheiten zu erlangen. Ein Beispiel dafür gab die angeführte Statistik der Röntgenaufnahmen von 1934, bei der die Lungenaufnahmen den größten Anteil einnahmen, weil die Patienten mit Brustquetschungen und Silikoseerkrankungen aus dem Bergbau jener Zeit mehr als andere Berufsgruppen betroffen waren. Durch Gesetz wurden sogenannte Nachholuntersuchungen veranlaßt.

Im Jahre 1935 wurde ein Teil der anfänglichen Mängel beseitigt. In der Ambulanz wurden durch den Einbau schalldichter Wände die Untersuchungen der Patienten nicht mehr gestört. Der nach Westen liegende Balkon der Station E wurde ausgebaut und so ein geräumiges Untersuchungszimmer mit guten Lichtverhältnissen eingerichtet. Das bis dahin benutzte kleine Untersuchungszimmer wurde mit den Schwerkranken und Sterbenden belegt.

Obwohl von der Chirurgischen Abteilung gelegentlich Betten zur Verfügung gestellt wurden, konnte bei der steigenden Patientenzahl das Problem der Überbelegung nicht gelöst werden (129). Dr.SILBERKUHL wurde 1935 zum Mitglied der Kommission zur Verhütung der Thomasschlackenmehlerkrankungen berufen.

Im Jahre 1937 blieb die Zahl der stationär behandelten Patienten fast genauso hoch wie im Vorjahr. obwohl am 15.6.1936 als zweiter Assistenzarzt Dr.BEHR eingestellt worden war. Eine weitere Steigerung war nicht möglich, da bei optimaler Raumausnutzung die äußerste Mindestdauer an Behandlungs- und Beobachtungstagen nicht weiter unterschritten werden konnte.

Die Röntgendiagnostik der Brusterkrankungen wurde durch die Anschaffung eines Zeiss'schen Planigraphen verbessert, mit dem man einzelne Ebenen und Schichten der Lunge ohne die bedeckenden Rippen tomographieähnlich darstellen konnte. Die Zahl der Lungenaufnahmen hatte sich trotz des Umbaus der Röntgenabteilung im Jahre 1935 von 1.397 (1935) auf 2.185 (1937) erhöht. Ein Grund hierfür war wohl die am 1. April 1937 in Kraft getretene Dritte BKVO (Ziffer 17), die neben den schweren Staublungenerkrankungen (Silikose) auch den nachgewiesenen Zusammenhang zwischen einer aktiv fortschreitenden Lungentuberkulose und der Staublungenerkrankung entschädigungspflichtig machte (61). Im gleichen Zusammenhang stieg in der Ambulanz die Zahl der Silikoseuntersuchungen von 788 (1935) auf 1.202 (1937). Auch die Zahl der für die Sektion II erstellten Gutachten erhöhte sich von 795 (1935) auf 986 (1937).

Wegen des immer dringender werdenden Raumproblems wurde schon 1937 von dem Architekten LANDGREBE der Plan zur Aufstockung des Hauptgebäudes entworfen, um so durch Vergrößerung die 26-Betten-Station von Dr. SILBERKUHL zu entlasten. Obwohl der Ausbau der bis dahin unzureichenden Heizungsanlage den Neubau ermöglicht hätte, konnte der Plan wegen des beginnenden zweiten Weltkrieges nicht verwirklicht werden. Eine Isolierung der ansteckenden Silikotuberkulosen blieb weiterhin unzureichend, worauf einige Hausinfektionen zurückgeführt wurden (34). Da 1937 der letzte ordentliche Jahresbericht der Inneren Abteilung bis 1945 erschien, bot die folgende Statistik einen Anhaltspunkt für den Leistungsstand vor dem Krieg. Die Übersicht zeigt das Ansteigen der stationär behandelten Patienten der Inneren Abteilung, aller Röntgenaufnahmen und Laboratoriumsleistungen (130):

<u>Jahr</u>	<u>1934</u>	<u>1935</u>	<u>1936</u>	<u>1937</u>
Patienten	879	1325	1440	1442
Röntgenaufnahmen	2929	5233	5615	5936
Laboratoriumsleistungen	7833	13276	14520	15130

Da zwei der drei planmäßigen Assistenzärzte der Inneren Abteilung bei Kriegsbeginn zum Wehrdienst eingezogen wurden, mußte Dr.W.SILBERKUHL die Behandlung der Patienten mit Assistenzarzt Dr.MÜLLER allein bewältigen. Wie schon oben erwähnt, blieb das Krankenhaus, von einigen leichten Bombentreffern abgesehen, fast unversehrt. Erst ab Februar 1945 machte der dauernde Aufenthalt aller Patienten und des Personals im Krankenhausbunker eine Trennung der Chirurgischen und Inneren Abteilung unmöglich. Alle wichtigen Geräte waren während dieser Zeit im Krankenhausbunker untergebracht. Im Jahre 1945 wurden wegen der besonderen Kriegs- und Nachkriegsverhältnisse nur 690 Patienten stationär behandelt und beobachtet. Nur 139 von diesen gehörten zur Bezirksverwaltung Bochum, da zu jener Zeit viele Zechen stilllagen oder nur zeitweise arbeiteten. Andererseits mußte das "Bergmannsheil II" von den zerstörten Krankenhäusern der Umgebung eine größere Anzahl meist nicht bergmännischer Patienten übernehmen.

Die britische Militärbehörde ordnete die Einrichtung einer psychiatrischen Station im Krankenhausbunker an, die der Inneren Abteilung angegliedert wurde. Es sollten dort Geisteskranke eingeliefert werden, die wegen Verkehrsschwierigkeiten oder wegen mangelnder Unterbringungsmöglichkeiten nicht direkt in eine geschlossene Abteilung überführt werden konnten. Der Aufenthalt dieser Patienten im "Bergmannsheil II" dauerte jedoch häufig mehrere Monate.

Bis zum Ende des Jahres 1944 waren von der Inneren Abteilung auf den Schachtanlagen Hugo und Scholven Kalkstaubinhalationen bei den Bergleuten durchgeführt worden, die jedoch wegen der starken Bombenbeschädigung der Zechen eingestellt werden mußten. Auf der Zeche Hugo wurden diese Inhalationen im September 1945 nach Reparatur des Inhalationsgerätes wieder aufgenommen, unterblieben dann jedoch nach kurzer Zeit.

Da im Jahre 1946 mit 2825 Silikoseuntersuchungen in der Ambulanz schon fast wieder Vorkriegswerte erreicht waren, mußten für die vier Assistenzärzte der Inneren Abteilung die zwei

vorhandenen Untersuchungszimmer erweitert werden.

Die Silikosegutachten und Reihenuntersuchungen nahmen im Rahmen der Ambulanztätigkeit stark zu (132).

Der Jahresbericht 1949 belegt, daß für 53,5% der stationär behandelten Patienten die Kosten von der Bezirksverwaltung getragen wurden. Die übrigen Patienten gehörten zu fremden Krankenkassen.

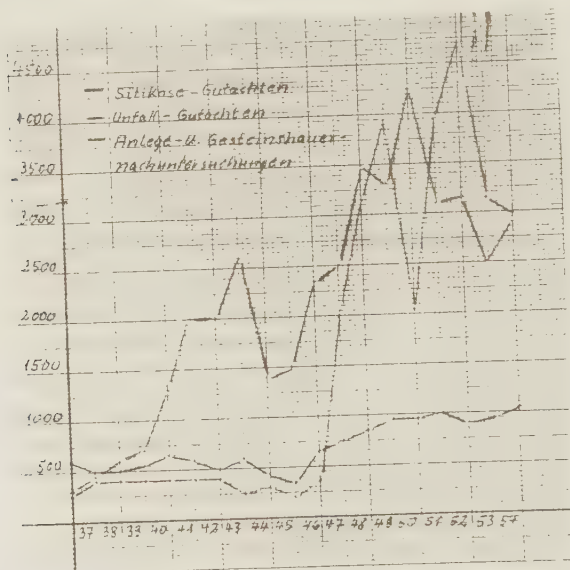


Abb.8: Kurven der Zahl der in den Jahren 1937 bis 1954 angelegten Silikose-Gutachten, Unfallgutachten, Anlage- und Gesteinshauernachuntersuchungen (137)

4. Die neue Therapie und Technik der Inneren Abteilung von 1950 bis 1963

Die Fortschritte der Chemotherapie bei der Bekämpfung der Tuberkulose erbrachten bei einer sich über mehrere Monate erstreckenden Behandlung beachtliche Erfolge. Durch die lange Belegung fiel aber von der an sich schon beschränkten Bettenzahl eine Reihe für anderweitige Belegung, besonders für Beobachtungspatienten, aus. Bei den diagnostischen Eingriffen des Jahres 1950 fiel vor allem eine Zunahme der Punktionen der Liquorräume, der endoskopischen Untersuchungen, der Bluttransfusionen und der Biomotorbehandlungen auf. Am stärksten war der Anstieg bei den Stoffwechselbestimmungen und den elektrokardiographischen Untersuchungen. Die wichtigste Neuanschaffung für die Diagnostik war im Juli 1950 der neue Elektroencephalograph der Firma Schwarzer. Schon in den ersten sechs Monaten wurden 2.071 Untersuchungen bei Kopf- und Hirnverletzten durchgeführt. Das neue Gerät leistete wertvolle Hilfe bei der Begutachtung von Spätfolgen der Hirnverletzungen und der Beurteilung von Epileptikern. Zur exakten Funktionsprüfung bei der Silikosebegutachtung wurde ein Stoffwechselapparat nach Knipping, aus dem das Ergometer entwickelt wurde, angeschafft und zum Nachweis von Tuberkelbazillen im Auswurf ein neues Lumineszenzmikroskop gekauft.

Es wurden von den Ärzten der Medizinischen und Neurologischen Klinik eine Anzahl von Grubenfahrten und Besichtigungen unternommen, um Verständnis für den arbeitenden und berufskranken Menschen zu bekommen. Im Jahre 1950 stand eine Grubenfahrt auf den Zechen Nordstern, Bismarck und Bergmannsglück auf dem Programm. Es wurden die Eisenwerke Gelsenkirchen, Dortmunder Union, Schlegelbrauerei Bochum, Delog Gelsenkirchen und das Bergbaumuseum Bochum besichtigt.

Eine wesentliche Mehrarbeit bedeutete die am 1. August 1952 in Kraft getretene Fünfte BKVO. Durch die neue Verordnung entfielen die Beschränkungen auf schwere Staublungenerkrankungen. Die Bergleute hatten jetzt schon bei 20 v. H. Minderung der Er-

werbsfähigkeit durch leichtgradige Silikose Anspruch auf eine Entschädigung. Es bestand weiter ein Anspruch, wenn die Schädigung nach dem 1. Juni 1945 begonnen hatte, aber erst bei Inkrafttreten der Fünften BKVO erkannt wurde (48).

Diese neue BKVO verlangte also bei der Begutachtung von Silikosen in verstärktem Maße eine genaue Beurteilung der Atem- und Kreislauffunktion. Die Spiroergometrie schien zu dieser Zeit die einzige Untersuchungsmethode, mit der schon beginnende Insuffizienzen von Herz und Kreislauf nachgewiesen werden konnten. Die Spiroergometrie spielte eine Schlüsselrolle bei der Erkennung von Silikose-Grenzfällen, d.h. Fällen, die klinisch und röntgenologisch an der Grenze der Entschädigungspflicht liegen und bei denen durch die herkömmlichen Untersuchungsmethoden kein klares Bild über die Kreislaufverhältnisse zu erreichen war. Die spiroergometrischen Untersuchungen nahmen von 148 (1951) auf 222 (1952) zu. Neben dem Hauptteil dieser Bergleute, die man direkt von der Ambulanz überwies, wurden immer mehr Patienten von niedergelassenen Ärzten zu der neuen Untersuchungsstelle geschickt. Der gute Ruf der Spiroergometrie wurde dadurch bestätigt, daß das Oberversicherungsamt diese Methode zur Untersuchung der Funktionsfähigkeit von Kreislauf und Atmung als die beste anerkannte und in Streitfällen auch dahingehend entschied. Von den 222 so untersuchten Patienten blieben 70 zur Beobachtung in der Klinik, während der Rest ambulant weiter behandelt wurde (134).

Zur weiteren Fortbildung besuchte Dr. SILBERKUHL die vom Silikoseforschungsinstitut der Bergbau-Berufsgenossenschaft veranstaltete Pathologentagung in Bochum, auf der namhafte Pathologen, die sich mit der Silikose beschäftigten, über den Stand der pathologischen Anatomie der Silikose berichteten. Die beiden Werksärzte Dr. BOOS von der Zeche Wilhelmine Viktoria und Dr. SCHMITZ von der Zeche Hugo waren 1952 als Hospitanten in der Medizinischen Klinik tätig, um die notwendige Erfahrung bei der Beurteilung der Bergbautaughchkeit und der Silikoseprophylaxeuntersuchung zu erhalten. Von den Assistenzärzten der Inneren Abteilung wurde 1952 zur Weiterbildung die Herbsttagung der

Rheinisch-Westfälischen Tuberkulosevereinigung in Düsseldorf und der 1.Arbeitsmedizinische Kongreß im November in Düsseldorf besucht.

Eine ähnlich starke Zunahme wie bei der Spiroergometrie entwickelte sich mit 513 Untersuchungen im Jahre 1952 bei der Elektroencephalographie. Es wurden vorwiegend Bergleute mit Schädelbrüchen, Gehirnerschütterungen und Hirnquetschungen untersucht.

Als wesentliche Neuanschaffung wurde 1952 ein Elektrophoreseapparat gekauft, der wegen des allgemeinen Platzmangels in zwei umgebauten Kellerräumen untergebracht werden mußte (135).

Wegen der immer weiter steigenden Patientenzahl hatte die BBG im Jahre 1949 beschlossen, im westlichen Teil des Krankenhausgeländes, senkrecht zum alten Hauptgebäude nahe dem Eingang, einen dreigeschossigen Anbau für die Medizinische und Neurologische Klinik zu errichten, von dem die oberste Etage aus architektonischen Gründen nicht verwirklicht wurde. Der 1951 begonnene Neubau wurde am 24.4.1953 in einer offiziellen Feierstunde an die Bergbau-Berufsgenossenschaft übergeben.

Im Erdgeschoß des Neubaus befanden sich die zur ambulanten Untersuchung notwendigen diagnostischen Einrichtungen. Durch die Unterbringung der Untersuchungsräume der Röntgenabteilung und des Hauptlaboratoriums, die von nun an getrennt von der Chirurgischen Abteilung arbeiteten, im selben Geschoß entfielen lange und zeitraubende Wege zwischen den bis dahin über den ganzen alten Gebäudekomplex verstreuten Einrichtungen. Die neuen Untersuchungsräume waren nun auch groß genug, um einen eventuell anfallenden Stoßbetrieb ohne Stauungen abzufangen. Die erst während der Bauzeit angeschafften Geräte wie der Elektroencephalograph und der Apparat für Papierelektrophorese konnten im Neubau nicht mehr untergebracht werden. Für den Elektroencephalograph wurden zwei Räume an den Luftschutzbunker angebaut. Die Röntgenabteilung wurde mit einigen neuen Geräten versehen, die allen Fortschritten auf dem Gebiet der Röntgendiagnostik gerecht wurden. In Zusammenarbeit mit Prof.BAUERS-DELFT wurde ein Schirm-

bildgerät mit der neuesten Optik ausgestattet, wodurch es möglich war, in rascher Folge Röntgenaufnahmen zu machen und so die Bewegungsvorgänge an den inneren Organen festzuhalten.

Im ersten Obergeschoß befand sich die Lungenstation, in der die ansteckungsfähigen Lungenkranken, in der Hauptsache silikosekranke Bergleute, in einer mit modernen Einrichtungen versehenen Isolierstation untergebracht wurden. Die Station besaß neben Tagesräumen, Schwesternzimmern und Bad einen eigenen Krankenaufzug, einen durchgehenden Liegebalkon und eine Anlage für Aerosol-Therapie.

Das immer umfangreicher werdende Röntgenarchiv wurde in feuersicheren Lagerräumen, getrennt von denen der Chirurgischen Abteilung, deren Archiv zu klein war, an der Nordseite des Bunkers untergebracht. Das Archiv, in dem auch ein Raum für die Bücherei der Inneren Abteilung geplant war, konnte erst 1954 in Betrieb genommen werden.

Im Kellergeschoß des Neubaus wurde eine erweiterte Massage- und Bäderabteilung eingebaut, die von der Medizinischen und auch von der Chirurgischen Abteilung benutzt werden durfte. Die Abteilung enthielt ein besonderes Inhalatorium für Aerosole und eine Klimakammer.

Die Inbetriebnahme des Neubaus bedeutete am Anfang jedoch noch keine Entlastung für den klinischen Betrieb, da die im Altbau befindliche Station F, die ebenso wie die Männerstation nicht mehr im neuen Gebäude untergebracht werden konnte, zur Privatstation umgebaut wurde. In den Krankenzimmern dieser Station zog man Trennwände ein, um die Bettenzahl pro Zimmer zu verkleinern. Da sich der Umbau bis Ende September 1952 hinzog, mußten die weiblichen Patienten und die Privatpatienten während dieser Zeit auf der Lungenstation des Neubaus untergebracht werden, die ihren eigentlichen Betrieb deshalb erst am 28.9.1953 aufnehmen konnte. Schon am 22.4.1953 hatte die offizielle Einweihung des Neubaus der Klinik in Anwesenheit der Vorstände der Haupt- und Bezirksverwaltung Bochum stattgefunden. Am 6. Mai 1952 erfolgte die Besichtigung der Klinik durch die Ärzteschaft der Umgebung.

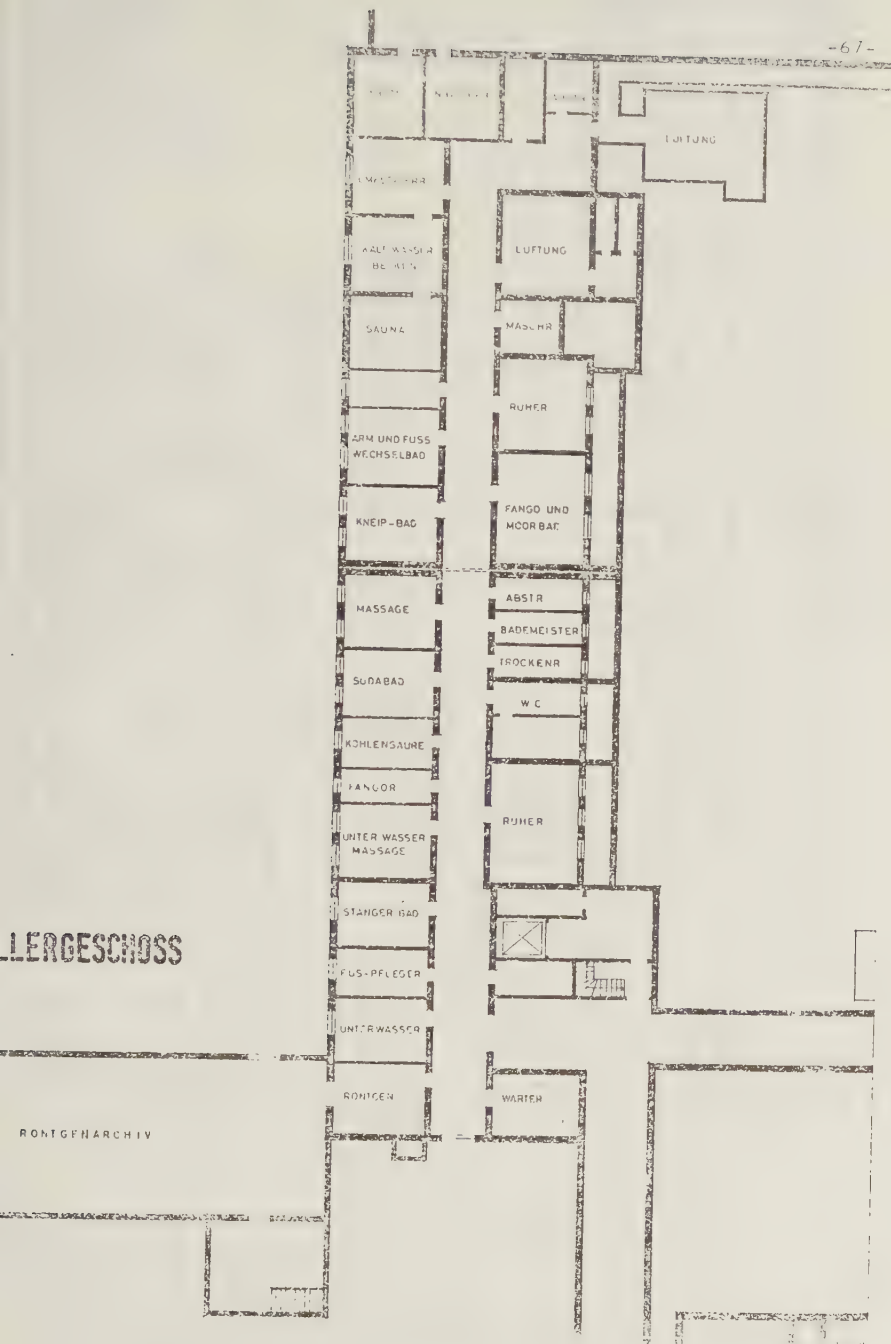


Abb.9: Grundriß des Kellergeschoßes der 1953 eröffneten Inneren Klinik



Abb.10: Grundriß des Erdgeschoßes der 1953 eröffneten Inneren Klinik

Am 15.10.1953 wurde auf Veranlassung der Stadtverwaltung Gelsenkirchen im Luftschutzbunker wegen einer größeren Scharlachepidemie eine Scharlachstation eingerichtet, die durch die Medizinisch-Neurologische Klinik betreut wurde. In den 38 Betten der Station wurden im ganzen 43 Scharlachpatienten behandelt, von denen alle als gebessert entlassen werden konnten (136).

Am 15. Februar 1955 wurde die seit einem Jahr im Bau befindliche Krankenstation L mit 21 Betten im Dachgeschoß des Klinikneubaues eröffnet. Die Station war wegen ihrer ruhigen Lage weit ab vom Hauptbetrieb und wegen ihrer Aufteilung in Einzel- und Doppelzimmer gut für die Pflege von Hirnverletzten, Unfallgelähmten und anderen Schwerkranken geeignet. Mit der Belegung der neuen Station, für deren Betreuung kein neuer Arzt eingestellt werden konnte, erhöhte sich die Anzahl der in den 85 Betten der Klinik stationär behandelten Patienten um über 200 im Vergleich zum Vorjahr.

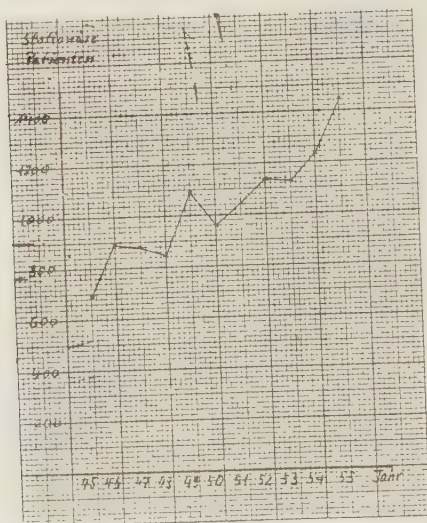


Abb. 12: Kurve der Zahl der 1945 bis 1955 auf der Inneren Abteilung stationär behandelten Patienten (131)

Auch die Zahl der Labor- und Röntgenuntersuchungen stieg mit der Inbetriebnahme der neuen Station L (140):

	1954	1955
Urinuntersuchungen	39.559	44.515
Qualitative Blutuntersuchungen	1.294	1.945
Sputumuntersuchungen	4.187	5.994
Stuhluntersuchungen	290	497
Magensaftuntersuchungen	1.030	1.318
Tbc-Kulturen	165	215
Lungenschichtaufnahmen	4.369	4.566

Diese Zunahme der differenzierten Untersuchungen erklärt sich nicht allein aus der Vermehrung der klinischen Behandlungsfälle. Die Medizinische Klinik wurde im Jahre 1955 in steigendem Maße mit der Erstattung von zahlreichen Spezialgutachten beauftragt, die einer besonders gründlichen Untersuchung des Patienten bedurften. Diese Versicherungsfälle waren in einer fachärztlichen Praxis schon einmal vorbegutachtet und zur endgültigen Entscheidung in ein berufsgenossenschaftliches Krankenhaus überwiesen worden.

Ein weiterer Grund für die steigenden Leistungen war die im Jahre 1955 eingerichtete Tuberkuloseambulanz, die bis Ende 1955 154 Berufskranke betreute (139).

Die Anzahl der Silikosegutachten war von 2.394 (1955) auf 1.754 (1956) zurückgegangen, da ein Teil dieser Arbeit von neuen Werksärzten vorgenommen wurde. Bei der Erstellung von Silikosegutachten wurden im Vergleich zu den letzten Jahren von Seiten der Bergbauberufsgenossenschaft höhere Anforderungen gestellt, die eine genaue Röntgenuntersuchung mit Spezialverfahren, eine genaue Funktionsdiagnostik und eine gründliche Beurteilung der Begleittuberkulose voraussetzen. Für diese Röntgendiagnostik war ein neuer fahrbarer Röntgenapparat ("Philips DX I") angeschafft worden, der leistungsfähiger als die alten Kugeln war, da er mit mehreren Röhrenspannungen arbeiten konnte. Es war mit diesem Gerät

möglich, auch bei im Bett liegenden Patienten qualitativ gute Aufnahmen zu machen. Da die Arbeit an solchen Geräten aber nur durch Ärzte mit langjähriger Praxis erfolgreich sein konnte, bedeutete das Ausscheiden mehrerer erfahrener Ärzte gleichzeitig eine Abnahme der Silikosegutachten im Jahre 1956 (141).

Einen wesentlichen Anteil an der Steigerung der Belegzahlen von 1957 hatten die 240 Fälle an Silikose und 204 Fälle an Silikotuberkulose. Als Grund für das Ansteigen der Behandlungsfälle dieser Art sah Dr.SILBERKUHL die wachsende Einsicht bei den Versicherten und bei den Revierärzten, daß sich auch bei schwerer Silikose und Silikotuberkulose durch die Fortschritte in der Chemotherapie ein klinischer Behandlungsversuch lohnt. Viele Patienten, die in früheren Jahren zu Hause an schweren Blutstürzen oder an Leistungsschwäche verstarben, werden heute, wenn der Transport es zuläßt, in die Klinik gebracht und oft noch am Leben erhalten. Die verbesserte Lebenserwartung der Silikotuberkulosepatienten brachte auch ein sozialmedizinisches Problem mit sich, da die Zahl der chronisch Kranken und Hilfsbedürftigen unter diesen Patienten zunahm. Chefarzt Dr.W.SILBERKUHL schrieb dazu in seinem Jahresbericht:

"Besonders ältere Männer, die ledig oder verwitwet sind und nun, mit Hilfe der modernen Therapie, dem Leben länger erhalten bleiben, suchen nicht selten unsere Tuberkulosestation auf, um Aufenthalt und Pflege zu bekommen. Patienten dieser Art, bei denen durch eine klinische Behandlung keine eigentliche Heilung oder Besserung des Lungenbefundes zu erzielen ist, gehören eigentlich in ein Tuberkulosehaus, das nur Pflege-bzw. Asylierungsfälle aufnimmt. Es fällt manchmal schwer, diese Patienten wieder aus der Klinik zu entlassen, weil man weiß, daß sich die Lebensaussichten der Patienten unter einer ungenügenden häuslichen Pflege frühzeitig verringern. Diese Fälle verhindern oft einen schnellen Wechsel auf Krankenstationen. Man könnte frische Behandlungs- und Beobachtungsfälle manchmal schneller aufnehmen, wenn man schwere Silikotuberkulosen, die pflegebedürftig geworden sind, rechtzeitig in eine entsprechende Asylierungsstätte abgeben könnte" (142).

In der Laboratoriumsdiagnostik wurden 1958 in einem umgebauten Kellerraum des alten Hauptgebäudes erstmals flammenphotometrische

Untersuchungen zur Bestimmung des Mineraliengehaltes in Körperflüssigkeiten durchgeführt. Die Kenntnis der Zusammensetzung der Mineralien war unter anderem für die Beurteilung von Herz-erkrankungen von Interesse. Für die Herz-Kreislaufdiagnostik wurde ein neuer EKG-Siebenfachsreiber "Kardiorex" von Siemens erworben, mit dem zahlreiche Spezialableitungen möglich waren. Die Zahl der Herzstromkurven nahm, wie die folgende Kurve zeigt, von 1950 bis 1974 stark zu.

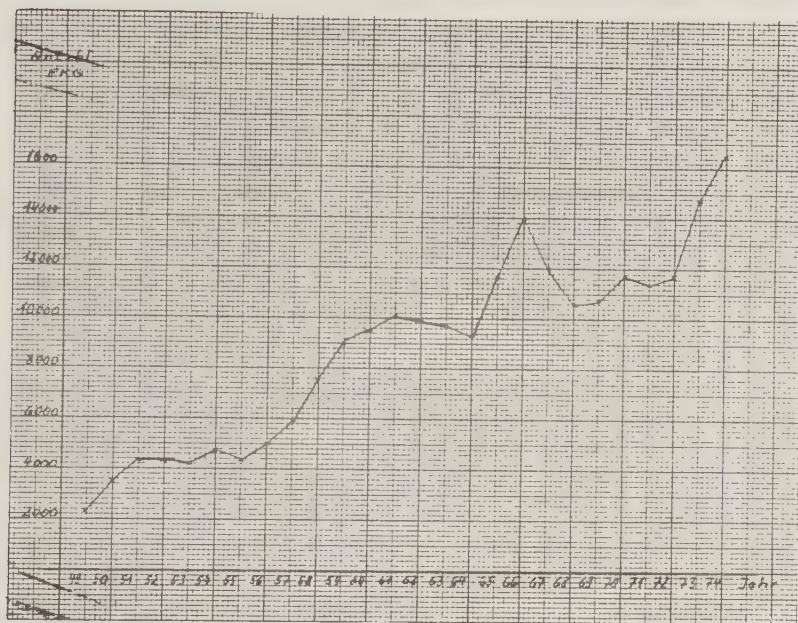


Abb.13 : Kurve der auf der Inneren Abteilung von 1950 bis 1974 angefertigten Elektrokardiogramme (138)

Im Jahre 1958 wurde mit dem Ausbau von Schutzvorrichtungen im ehemaligen Luftschutzbunker begonnen, um dort mit radioaktiven Substanzen in flüssiger und fester Form arbeiten zu können (143). Am 23.4.1959 wurde diese Isotopenabteilung mit dem Schwerpunkt der Schilddrüsendiagnostik und -therapie mit Radiojod für den Raum Gelsenkirchen und Buer eröffnet.

Mit der wirtschaftlich ungünstigen Entwicklung im Bergbau, auf deren Auswirkung auf die Patientenzahlen der Chirurgischen Abteilung oben schon hingewiesen wurde, sank auch die Patientenzahl der Inneren Abteilung im Jahre 1962. Der Anteil der Patienten der Bergbauberufsgenossenschaft betrug aber noch 56,5%. Die Zahl der Patienten mit Silikose lag mit 242 aufgrund der verbesserten Diagnostik noch deutlich über dem Wert von 1955 (215). Der Anteil der Silikotuberkulosen ist jedoch wegen der weiterentwickelten Antibiotikatherapie von 293 (1955) auf 131 (1962) gesunken (144).

X. DIE INNERE- UND NERVENABTEILUNG DES "BERGMANNSHEIL II" BUER
VON 1963 BIS 1974 UNTER DER LEITUNG VON DR.AUGUST WEBER
(1919-1976)

1. Die Entwicklung der Inneren- und Nervenabteilung
von 1963-1974

Das wichtigste Ereignis im Jahre 1963 war das Ausscheiden von Chefarzt Dr.W.SILBERKUHLE wegen Erreichens der gesetzlichen Altersgrenze. Sein Nachfolger wurde am 6.5.1963 Dr.AUGUST WEBER, der an den Universitäten Berlin, Würzburg und Wien studiert hatte. Nach Ablegung des Staatsexamens 1943 in Würzburg und Promotion in Berlin war er an den Universitätskliniken Würzburg und Berlin tätig. Nach seiner Heimkehr aus der Kriegsgefangenschaft arbeitete er auf der Inneren Abteilung des Knappschaftskrankenhauses Bochum-Langendreer unter Prof.KARL OBERDISSE (geb.1903). Seit 1952 war er als erster Oberarzt in der Medizinischen Klinik des "Bergmannsheil" Bochum tätig, wo er sich auf seine Spezialgebiete Stoffwechselkrankheiten, Herz- und Kreislaufkrankheiten und Arbeitsmedizin konzentrierte.

Der Chefarztwechsel führte zum Abgang einiger Ärzte, deren Positionen nicht sofort wieder besetzt werden konnten. Aus diesem Grunde mußte die Arbeit in der Poliklinik im Interesse der stationären Patienten stark eingeschränkt werden. Für die Betreuung der neurologischen Patienten wurde erstmals eine Oberarztstelle geschaffen, die am 1.4.1964 von dem Facharzt für Neurologie, Dr.HEINRICH BÜCKER, der seit 1959 als Assistenzarzt im "Bergmannsheil" Bochum tätig war, besetzt wurde.

Dr.WEBER übernahm, wie schon an der Medizinischen Klinik in Bochum, die Aufgabe, alle Fälle von jungen Bergleuten, bei denen die weitere Einsatzfähigkeit wegen silikotischer Lungenveränderungen unter Tage zweifelhaft war, dem Ärzteausschuß beim Oberbergamt in Dortmund vorzustellen (148).

Eine Verschiebung der Patientenstruktur, die wohl mit der wirtschaftlichen Lage des Bergbaues in Zusammenhang gebracht werden konnte, zeigte das Absinken der bei der BBG Versicherten von 53,6% (1963) auf 44,2% (1965) und das Ansteigen der bei der Ruhrknappschaft Versicherten von 26,4% (1963) auf 31,0% (1965).

Als weiterer Grund für die absinkenden Patientenzahlen wurde im Jahresbericht 1965 ein dauernder Mangel an Assistenzärzten angegeben. Dr.SILBERKUHL hatte trotz intensiver Bemühungen nicht die volle Anerkennung als Ausbildungsstätte zum Facharzt für Innere Medizin für sein Haus erhalten. Die Ärztekammer gab als Begründung das Fehlen einer allgemeinen Frauenstation und die ohne die Betten für chronisch Kranke nicht erreichte Mindestbettenzahl von 100 an. Trotz der guten technischen Einrichtung der Inneren Abteilung wurde die anerkannte Ausbildungszeit auf 4 Jahre begrenzt. Als Folge davon blieb eine starke Fluktuation der Assistenzärzte nicht aus, was sich auf die medizinische Arbeit zwangsläufig negativ auswirkte. Am 1.2.1965 wurde die zeitweise unbesetzte Oberarztstelle von Dr.WOLFGANG JAEGER eingenommen, der seit 1957 als Assistenzarzt in der Inneren Abteilung arbeitete. Die zweite Oberarztstelle wurde am 1.10.1966 an Dr.GREGOR MEIER vergeben, der vorher Assistenzarzt am "Bergmannsheil" Bochum war (149).

Obwohl im Jahre 1966 von 7 planmäßigen Assistenzarztstellen nur 3 das ganze Jahr hindurch besetzt waren, konnte ein breit gemischtes Krankengut behandelt werden. Die Schwerpunkte lagen bei Krankheiten des Herzens, der Atmungsorgane einschließlich der Berufskrankheiten, der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels. Da die Arbeit im Laboratorium durch die Anforderungen der Wachstation mit ihrer Intensivbeobachtung bei gleichzeitigem Mangel an medizinisch-technischen Assistenten stark zunahm, mußten Untersuchungen mit größerem Zeitaufwand, z.B. Elektrophorese, in Zusammenarbeit mit dem Hygienischen Institut Gelsenkirchen durchgeführt werden. Der Zeitverlust durch den Transport des Untersuchungsgutes und die Benachrichtigung mit der Post über das Ergebnis erschwerte die ärztliche Arbeit und brachte dem Versicherungsträger wegen des unnötig verlängerten Krankenhausaufenthaltes der Patienten wirtschaftliche Nachteile.

Bei gutachtlichen Fragen für die Lungenfunktionsdiagnostik, bei der die Spiroergometrie allein nicht mehr ausreichte, mußte bei immer mehr Fällen die Klinik der Medizinischen Abteilung des

Silikose-Forschungsinstituts (SF) der BBG unter der Leitung von Prof.Dr.WOLFGANG T.ULMER, herangezogen werden (150). Als wesentliche Modernisierung wurde 1970 in der Röntgenabteilung eine neue Röntgendurchleuchtungseinrichtung mit Fernsehkette eingebaut, die die Untersuchung für Ärzte und Patienten erleichterte und gleichzeitig eine geringere Strahlenbelastung bedeutete. Durch den fast zwei Monate dauernden Umbau, in dem die Röntgenabteilung stillgelegt war, ist das Absinken der gesamten Aufnahmen von 13.810 (1969) auf 11.717 (1970) zu erklären.

Während der letzten 10 Jahre hatte sich das Spektrum der behandelten Krankheiten geändert. Bei den Silikosefällen war eine leichte Abnahme und bei den Silikotuberkulosen fast eine Verringerung um die Hälfte zu verzeichnen. Die behandelten Herz- und Kreislauferkrankungen verdreifachten sich während der gleichen Zeit. Obwohl also der Anteil der im Bergbau beschäftigten Patienten noch relativ hoch war, nahm doch der Anteil der mit der Arbeit unter Tage verbundenen Krankheiten, wie Silikose und Silikotuberkulose, merklich ab (151).

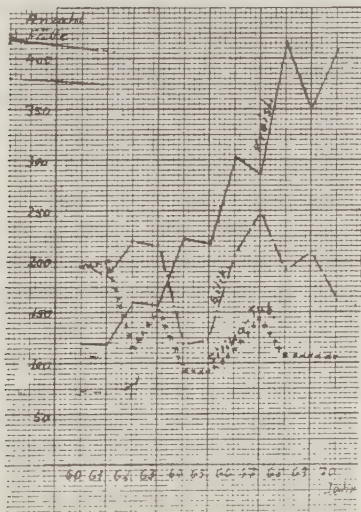


Abb.14: Kurven der Zahl der behandelten Fälle von Silikose, Silikotuberkulose und Herz-Kreislauferkrankungen in der Inneren Abteilung von 1960 - 1970 (146)

Im Rahmen des Umbaues in der Chirurgischen Klinik mußte die Innere Abteilung am 8.1.1971 ihre Krankenstation E mit 24 Krankenbetten als Ausgleich zur Verfügung stellen. Im Jahre 1972 mußte aus demselben Grund die Station F mit weiteren 12 Betten abgegeben werden. Die Reduzierung auf 47 Betten bedeutete eine erhebliche Belastung für Personal und Patienten, da die durchschnittliche Verweildauer verkürzt werden mußte. Im Einvernehmen mit der Medizinischen Klinik am "Bergmannsheil" in Bochum wurden daher im Januar 1971 alle Silikotuberkulosekranken, deren stationäre Behandlung voraussichtlich noch länger dauerte, nach dort verlegt. Die freie Bettenkapazität konnte für Patienten mit kurzer Verweildauer so gut genutzt werden, daß die durchschnittliche Belegung von 86,7% (1970) auf 92,69% (1972) gesteigert wurde (152).

Nach Beendigung der Umbauarbeiten konnte im Januar 1973 das 2.Obergeschoß im Westflügel des alten Bettenhauses wieder bezogen werden. Durch eine Verfügung der BBG, die wohl durch die verbesserten wirtschaftlichen Ergebnisse bei der verringerten Bettenzahl beeinflusst wurde, verringerte man den alten Bettenbestand der Inneren Abteilung von 81 auf 57 zugunsten der Chirurgischen Abteilung. Auf der Krankenstation L wurde 1973 die Möglichkeit für eine Intensiv- und Überwachungsbehandlung von Patienten mit lebensbedrohlichen Zuständen geschaffen. Bei der Diagnoseübersicht fiel die Verdoppelung der Zahl der allergischen, Stoffwechsel- und Ernährungskrankheiten und der Störungen der inneren Sekretion auf. Da auch im Jahre 1974 die Gesamtbettenzahl nur 57 betrug, konnten aus technischen und seuchenhygienischen Gründen keine Silikotuberkulosepatienten stationär behandelt werden. Erst am 2.1.1975 wurde vom Arbeitsgericht in Gelsenkirchen, bei dem Widerspruch gegen die Reduzierung der Bettenzahl eingelegt worden war, unter Wahrung der Interessen aller Beteiligten die Bettenzahl der Medizinischen Klinik auf 75 festgelegt. Als sehr erfolgreich erwies sich 1974 die Station L mit den 5 Intensivbehandlungsbetten. Es wurden 79 Patienten mit insgesamt 828 Behandlungstagen gepflegt, wobei 3 Herzschrittmacher implantiert werden mußten.

Wie im Vorjahre erhöhte sich auch 1974 der Anteil der bei der Bundesknappschaft versicherten Patienten weiter, während der Anteil der Patienten der BBG und anderer BG deutlich absank.

Diese Verschiebung wird durch die folgende Kurve deutlich gemacht:

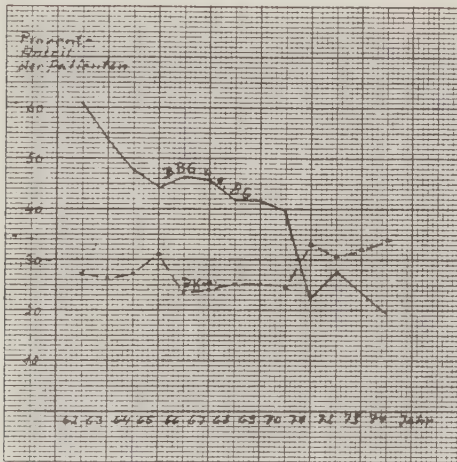


Abb.15: Kurve der prozentualen Anteile der BBG (Bergbau-berufsgenossenschaft) und anderer BG (Berufsgenossen-schaften) und der Bundesknappschaft von 1962 bis 1974 in der Inneren Abteilung (147)

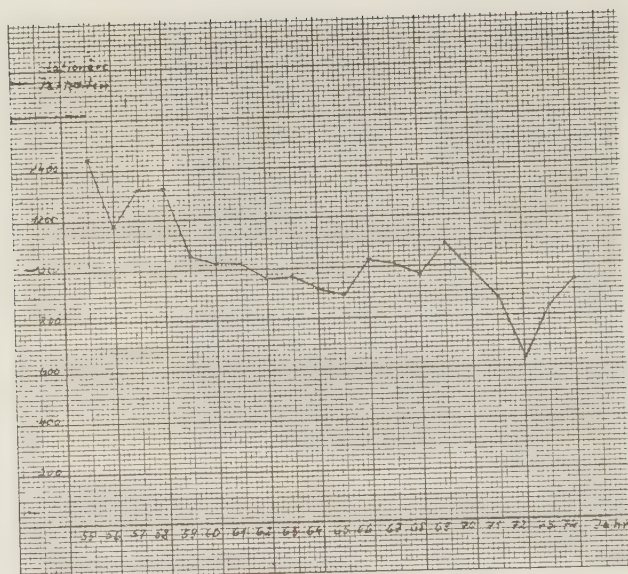


Abb.16: Kurve der Zahl der von 1955 bis 1974
auf der Inneren Abteilung stationär
behandelten Patienten (145)

2. Die Ärzte der Inneren Klinik (1929 - 1975)

In der mit verhältnismäßig geringen Mitteln eingerichteten Inneren Abteilung wurde Dr.W.SILBERKUHL am Anfang nur von einem Assistenzarzt, Dr.WALTHER, unterstützt, der mit ihm vom "Bergmannsheil" Bochum Übergewechselt war.

Im Herbst 1945 wurde Dr.SILBERKUHL von zwei Assistenzärzten, Dr.MÜLLER und Dr.BEHR, sowie von zwei Volontärassistenten unterstützt.

Am 31.5.1950 schied Dr.KURT BEHR aus, der seit dem 3.6.1947 als erster Oberarzt der Inneren Abteilung gearbeitet hatte. Sein Nachfolger wurde Oberarzt Dr.WOLFGANG MÜLLER, der seit 1937 als Assistenzarzt auf der Inneren Abteilung tätig gewesen war (133).

Am 31.12.1955 wurde Oberarzt Dr.WOLFGANG MÜLLER von Dr.HERBERT TRAUTMANN, seit 1945 Assistenzarzt der Inneren Abteilung, abgelöst, der bis zum 31.8.1963 diese Stelle behielt.

Nach dem Tode des Chefarztes der Inneren Abteilung, Dr.AUGUST WEBER (geb.7.12.1919) am 21.12.1976 wurde die Stelle im folgenden Jahr von Dr.HANS PETER AHRENS (geb.1927) besetzt, der seit 1975 die Innere Abteilung des Knappschafts-Krankenhauses in Gelsenkirchen-Ückendorf geleitet hatte.

XI. DIE ENTWICKLUNG DER BIOPHYSIKALISCHEN ABTEILUNG

Die Anfänge der Biophysikalischen Abteilung in Buer waren eng mit den Entwicklungen im "Bergmannsheil" Bochum verbunden. Prof. MAX von BRUNN (1875-1924) hatte dort im Jahre 1918 zur funktionellen Nachbehandlung von Verletzten den im Krieg erblindeten Massagearzt Dr. WALTER SEELE eingestellt. Dr. SEELE war bei Prof. AUGUST BIER in Berlin in der Massageschule von Dr. KIRCHBERG ausgebildet worden. Dr. KIRCHBERG war auch der Lehrer von Dr. PANOSSIAN, der von 1930 bis 1933 als erster Massagearzt am "Bergmannsheil II" wirkte (90). Unter seiner Anleitung wurden Wärmebehandlung, die Massage nach KIRCHBERG, die Krankengymnastik nach KOHLRAUSCH, die KLAPP'schen Kriechübungen und die Hydrotherapie nach ROHRBACH angewendet. Im Rahmen dieser zum großen Teil naturgemäßen Heilverfahren, die stark durch die Ideen von Prof. AUGUST BIER beeinflusst waren, wurde auch das Schwimmbad 1936 für die Hydrotherapie gebaut.

Im Jahre 1947 wurde im "Bergmannsheil II" eine staatliche Massageschule gegründet, die sich von anderen Massageschulen dadurch unterschied, daß nicht nur die klassische Massage theoretisch und praktisch ausgeübt, sondern auch die KNEIPP'schen Heilmethoden gelehrt wurden (100).

Die Schwinggymnastik nach der Methode der Gräfin ELISABETH von STOLBERG wurde ab 1952 angewandt (105). Mit Hilfe eines elastisch aufgehängten Expanders waren unter Aufhebung der Schwerkraft im Raum, ähnlich wie bei der Schwerkraftaufhebung im Wasser, bei geschädigten Gelenk- und Muskelfunktionen dosierbare Bewegungsmöglichkeiten zur funktionellen Besserung möglich.

Dr. EMIL KOCH schrieb in seinen Aufzeichnungen über die Unterwasserbehandlung für Querschnittsgelähmte:

"Bei dieser Heilanwendung der Unterwassermassage wurde auch das psychologische Moment besonders wertvoll ausgenutzt. Das Gefühl, im Wasser wieder die Gliedmaßen bewegen zu können, wenn auch nur in vorgetäuschter Folge, gab den Querschnittsgelähmten einen ungeahnten Auftrieb. Durch die ständige Übung im Unterwasserbad stellte sich,

wenn auch auf Umwegen, wieder die Muskelfunktion ein, so daß durch die systematischen Bewegungsübungen die Querschnittsgelähmten bis zum Aufrechtgehen mit Hilfs-schienen wieder zum Laufen gebracht werden konnten (Rehabilitation)" (20).

Im Rahmen der Neubauten der Medizinischen Klinik wurde im Jahre 1952 die Hydrotherapeutische Abteilung erweitert. In der Bäderabteilung wurden Einrichtungen für die Inhalations- und Aerosolbehandlung sowie eine Sauna und eine Fangoküche geschaffen. Die Lehm- und Moorbehandlung des Pastors FELKE blieb also nicht unberücksichtigt. In der Badeabteilung wurden 3 neue Bäder für die Unterwassermassage gebaut. Ab 1952 wurde auch mit einer CO₂-Trockengaseinrichtung zur Belebung des Kreislaufs gearbeitet.

Chefarzt Dr.EMIL KOCH hatte ein festes Gesamtbild bei seiner Behandlung, das er all seinen Assistenten klarzumachen versuchte.

"Der Gleichklang von Ruhe und Bewegung, Atmung, Gymnastik, Sport zu Wasser und zu Lande, aktive Durchblutungsförderung durch eigene Initiative, waren Leitgedanken der naturgemäßen Heilanwendung zur Gesundung der Kranken und Verletzten" (19).

In der Medico-Physikalischen Abteilung kam der Umbau der Bäder- und Massageabteilung für Frauen am 20.7.1956 zum Abschluß. Die Zahl der ambulanten Behandlungen von 144.734 (1955) auf 86.879 (1956) war wegen dieser Umbauten und wegen der Nachbehandlungen in den Gesundheitshäusern der Zechen zurückgegangen.

Die von der Gräfin von STOLBERG entwickelte Schwinggymnastik, die bisher behelfsmäßig auf der Station B untergebracht war, erhielt beim Umbau einen modern eingerichteten Raum, der besonders von den Gelenk- und Handverletzten besucht wurde.

Als wichtigste bauliche Erweiterung wurde am 15.11.1967 nach eineinhalbjähriger Bauzeit die neue Nachbehandlungsabteilung in einer Feierstunde ihrer Bestimmung übergeben. Der neugeschaffene Gebäudekomplex war ein Zentrum der Nachbehandlung auf engstem Raum. Zwei Räume standen für Massage und Bestrahlung mit Ultrathermgeräten bereit. Für die schon oben mehrfach erwähnte Schwinggymnastik nach STOLBERG wurde ein neuer, mit modernen

Geräten ausgestatteter Raum gebaut. Im selben Raum bestand für die Hand- und Fingerverletzten die Möglichkeit, durch Modellieren und Basteln die eingeschränkte Bewegungsmöglichkeit ihrer Gelenke zu verbessern. Da das alte Schwimmbecken nur während weniger Sommermonate zur Verfügung stand, war die neue beheizte Schwimmhalle mit den zwei Gehbädern für gehbehinderte Patienten als Kernstück der neuen Anlage natürlich das ganze Jahr hindurch nutzbar. Das zwischen 24 und 26 Grad warme Wasser hatte neben den mechanischen und thermischen Reizen besonders günstigen Einfluß auf das Kapillarsystem und die Gewebedurchblutung. Unter der Leitung des am 1.9.1968 neu eingestellten Oberarztes Dr.HENRICH, der auch den Sportarzttitel führte, konnte die Zahl der Behandlungsfälle von 1967 bis 1968 fast verdoppelt werden. Die Statistik von 1969 zeigt die Vielfalt der durchgeführten Behandlungen:

Teilmassagen	9.096
Ganzmassagen	624
Bindegewebsmassagen	3.644
Heißluft	2.999
Kurzwellen	4.327
Bewegungsbad	7.129
Bewegungsübungen	9.086
Atemgymnastik	997
Pert'sche Extensionen	461
Gefäßgymnastik	73
Gehschule	5.255
Schwinggymnastik	7.909
Schwimmen	15.182
Krankengymnastik (orthop.Turnen)	2.620
Stangerbäder	414
Unterwassermassage	3.272
Packungen	2.149
Sauna	19
Sudabäder	14
Medikamentenbäder	1.465
Kohlensäurebäder	327
Kneipp'sche Güsse	818
Inhalationen	183
Teilbäder	5.512
Fußpflege	261
Ultraschall	1
Gesamtbehandlungen	87.072

Tabelle der Leistungen der Nachbehandlungsabteilung
im Jahre 1969

Als Nachfolger von Dr.PANOSSIAN wurde im Juli 1933 Dr.KLEIN berufen, der die Physikalisch-Therapeutische Abteilung mit den modernsten Geräten ausstattete und selbst das Staatsexamen als Masseur und Bademeister, mit dem Schwerpunkt auf der KNEIPP'schen Heilanwendung, ablegte.

Nach dem Ausscheiden von Dr.KLEIN übernahm am 1.Mai 1951 Dr.KRAFT die Leitung der Physikalisch-Therapeutischen Abteilung und der staatlichen Massageschule.

Oberarzt Dr.FRANZ-ADOLF HENRICH, der seit dem 1.9.1968 die Nachbehandlungsabteilung leitete, wurde am 1.9.1970 durch Oberarzt Dr.DIETER DREISILKER von den Berufsgenossenschaftlichen Anstalten in Duisburg abgelöst (123).

XII. DIE TECHNISCHE ENTWICKLUNG IN DER RÖNTGENABTEILUNG

Die Arbeit in der Röntgenabteilung wurde zu Kriegsende durch den starken Mangel an Filmmaterial erschwert. Im November 1945 wurde der bis dahin noch nicht benutzte Kondensator der Firma Müller-Hamburg aus dem Bunker in die Räume der Röntgenabteilung gebracht und zusammen mit dem Schirmbildgerät und dem Pantoskop der Firma Siemens angeschlossen.

Zur weiteren Verbesserung der Begutachtung von Staublungen-erkrankungen wurde 1952 für die Röntgenabteilung eine Doppel-fokusröhre der Firma Siemens-Reiniger und eine Feinstfokus-röhre Pantix 2/30 angeschafft. Für die verfeinerte Silikose-diagnostik wurde außerdem ein Horizontal-Planigraph aufgestellt.

In der Röntgenabteilung wurden 1956 mehr Röntgenbilder und Durch-leuchtungen als im Vorjahr angefertigt (109). Die Gründe für diese Steigerung lagen in der Anordnung, bei jeder Prellung zu röntgen und in der Zunahme der Begutachtung von Preßluftherkrankten, bei denen für ein Gutachten mindestens 10 Aufnahmen nötig waren. Da die Durchleuchtungen bei Repositionen von Frakturen und bei Knochennagelungen mit der Siemenskugel eine gefährliche Strah-lenbelastung für die Patienten bedeuteten, wurde 1956 der neu entwickelte Bildwandler von der Firma Müller A.G. angeschafft, der einen wichtigen Schritt im Strahlenschutz für Patienten und Röntgenpersonal bedeutete. Mit der Inbetriebnahme des 1959 umgebauten und modernisierten Röntgentraktes nahm man auch, durch die guten Erfahrungen bestätigt, einen zweiten Bildwandler in Betrieb.

Im Frühjahr 1961 wurde für die Röntgenabteilung ein zweiter "Buckytisch" mit einer Dafok-Röhre gekauft, mit dem man jetzt an zwei Tischen Nierendarstellungen vornehmen konnte, die je-weils etwa eine Stunde dauerten. Im folgenden Jahr wurde das fahrbare Röntgendiagnostikgerät "Nanophos" von Siemens einge-führt, mit dem bei nichttransportfähigen Kranken im Bett Röntgenaufnahmen von Lunge, Schädel, Becken und Wirbelsäule gemacht werden konnten. Dieser Apparat bedeutete genauso eine Erleichterung für das Personal wie das neue Schichtaufnahme-

gerät zur Darstellung der gesamten Wirbelsäule. Da das Röntgenarchiv im "Bergmannsheil II" Buer schon im Oktober 1958 mit Aufnahmen, die gesetzlich 10 Jahre aufzubewahren sind, fast überfüllt war, wurde von der Bergbau-Berufsgenossenschaft 1963 am Schernerweg in Buer ein Röntgenarchiv eingerichtet.

Im Frühjahr desselben Jahres (1963) wurde ein Angiographietisch für periphere Arteriographie und Aortographie aufgestellt. Außerdem übernahm man ein Gerät für Hirnarteriographie von der Inneren Abteilung (114).

Im Jahre 1966 kam auf Wunsch des Kieferchirurgen Dr. WINGENFELD ein neuer Röntgenapparat für Kieferaufnahmen und Nebenhöhlen (Panoramix) zur Anwendung.

XIII. DER AUFBAU DER ANÄSTHESIEABTEILUNG

Obwohl neuere Entwicklungen der Narkose im "Bergmannsheil II" versuchsweise angewandt wurden, blieb man doch bei der Äthernarkose. Bei geeigneten Verletzungsfällen, wie z.B. Knochenbrüchen, wurde der kurze Chloräthylrausch bevorzugt. Nachdem der Plan von Chefarzt Dr.EMIL KOCH zur Gründung einer Anästhesieschule am "Bergmannsheil II" nicht genehmigt wurde, mußte für dieses Gebiet von 1953 bis 1960 Assistenzarzt Dr.HELMUT FRODERMANN (1914-1965) herangezogen werden, der vorher am "Bergmannsheil" Bochum tätig war. Danach wurde im "Bergmannsheil II" die Intubationsnarkose mit Barbiturateinleitung und die Muskelerschlaffung mit Succinylcholinchlorid und Curare eingeführt. Über die Anwendung von Curare hatte schon Prof.PAUL TRENDELENBURG (1884-1931) geschrieben. Auch die Schockbekämpfung wurde mit Vorbeugungs- und Heilmitteln wie Megaphen, Hydergin, Atosil und Dolantin weiterentwickelt.

Bei der Anwendung dieser Methoden war die Anschaffung der neuen Narkosegeräte der Firma Dräger sehr hilfreich.

1957 wurde im "Bergmannsheil II" Buer die Plexus-Anästhesie eingeführt. Diese Leitungsanästhesie, die mit pneumatischer Blutleere verbunden war, hatte unter anderem den Vorteil, daß bei dem schon oben erwähnten Mangel an Assistenten kein Arzt für die Narkoseüberwachung nötig war. Im selben Jahr erwarb die Klinik zwei Dräger-Agrippa-Narkosekreislaufgeräte, die die zum Teil veralteten Geräte ablösten (110). Im Haushaltsplan 1960 wurde von der Firma Rhein-Chemie ein Narkoseapparat "Fluothec Marc II" zur Erprobung zur Verfügung gestellt, mit dem Narkosen ohne Barbiturateinleitung durchgeführt werden konnten. Im Jahre 1961 wurde dann eine eigenständige Anästhesieabteilung unter der Leitung von Dr.FRODERMANN (1914-1965) eröffnet, der 1960 Oberarzt geworden war. Bei allen großen Narkosen setzte er den Narkosespiromaten der Firma Dräger ein, weil er sich den Atmungsgrößen der Patienten anpassen ließ. Diese exakt einstellbare maschinelle Beatmung war der manuellen Wechsel-Druckbeatmung weit überlegen, die mit Volumetern und Atmungsdruckmessern versehen nur noch bei Kurz-

narkosen Verwendung fand. Alle Teile der Narkoseapparate, mit denen die Atemluft der Patienten in Berührung kam, waren sterilisiert, so daß eine Infektion mit Bakterien, insbesondere mit Tuberkelbakterien, ausgeschlossen war.

Nach dem Tod von Oberarzt Dr.FRODERMANN, der am 28.10.1965 verunglückt war, wurde die Anästhesieabteilung am 1.5.1966 vorübergehend von Chefarzt Dr.OLIVER MAUS (geb.25.12.1926) übernommen, der bis dahin Oberarzt am Klinikum Essen war. Unter seiner Leitung führte man u.a. ein Beatmungsgerät zur manuellen Beatmung und sechs Narkosetische für die einzelnen Operationssäle ein. Zur Anästhesieabteilung gehörte auch die am 28.4.1966 eröffnete vorläufige Wachstation auf der Station D mit 5 Krankenzimmern und 12 Betten.

Vom Ausscheiden des Chefarztes für Anästhesie Dr.AXEL FREISCHÜTZ (geb.25.6.1934) am 1.7.1972, der seit dem 1.3.1967 die Anästhesieabteilung als Chefarzt leitete, nachdem er vorher in der Anästhesieabteilung des Universitätsklinikums München gearbeitet hatte, konnte die Stelle erst am 8.9.1973 durch Chefarzt Dr.HASSAN ÜLGER (geb.20.11.1934) wieder besetzt werden, der vorher Oberarzt am Reinhard Nieten-Krankenhaus in Wilhelmshaven war. Während dieser Zeit konnten nur kurzbleibende Vertreter verpflichtet werden, und die Anästhesieausbildung der Assistenten stand unter Fernaufsicht der Fachärzte aus dem "Bergmannsheil" Bochum. Da im Operationsbetrieb gleichzeitig mehrere Operationen nebeneinander abliefen, mußten in dieser Situation Spinalanästhesien angewandt werden, die den Anforderungen nicht mehr voll entsprachen. Diese Bedingungen führten 1972 zu einem merklichen Rückgang bei der Zahl der durchgeführten großen Operationen und zu einem fast totalen Stop der Kinderchirurgie. Bis zum Ausscheiden von Dr.FREISCHÜTZ wurden mit Ausnahme der Herz- und Speiseröhrenchirurgie fast alle Patienten der Städtischen Kinderklinik zur operativen Behandlung ins "Bergmannsheil II" überwiesen.

Bei den Operationen wurde 1963 für besonders alte, kachektische und schwerverletzte Patienten die Neurolept-Analgesie eingeführt, bei der der Operierte trotz Schmerzfreiheit noch ansprechbar war.

XIV. DIE ENTSTEHUNG KLEINERER FACHABTEILUNGEN AM "BERGMANNSHEIL II" BUER

Im Jahre 1960 wurde auch mit dem Ausbau einer eigenen Abteilung für die Fachdisziplinen Augen, HNO und Kieferchirurgie begonnen. Durch den Umzug der Verwaltung stand seit dem 15.9.1961 für jeden der Fachärzte ein eigener Behandlungsraum zur Verfügung. Zuvor mußten sich alle Fachärzte mit einem ungenügend eingerichteten Raum begnügen. Unter diesem Zustand hatte der stark beanspruchte Kieferchirurg Dr.WINGENFELD besonders gelitten.

Am Ende des Jahres 1966 wurde eine 25 Betten umfassende handchirurgische Station unter Leitung von Oberarzt Dr.RAHMEL eröffnet, der unter anderem auch in Schweden bei Prof.MOBERG Erfahrungen gesammelt hatte. An einem Nachmittag in der Woche ist eine handchirurgische Sprechstunde unter Anwesenheit der Assistenten und behandelnden Krankengymnastikerinnen eingeführt worden, bei der im folgenden Jahr schon 40 Verletzte zur Versorgung kamen. Die Station war zu dieser Zeit 100%ig belegt und hatte 1967 317 Handverletzte nach Operationen stationär zu pflegen. Es wurden auch Patienten von fremden Berufsgenossenschaften und den umliegenden Krankenhäusern vorwiegend zu sekundären Eingriffen wie Sehnennähten, Gelenkmobilisationen und Plastiken überwiesen (120). Die leichten Handverletzungen verblieben in der Behandlung der Poliklinischen Ambulanz, wo sie von den zuständigen Krankengymnastikerinnen versorgt wurden.

Als zweite spezialisierte Chirurgische Fachabteilung neben der Handchirurgie wurde am 1.4.1967 die Neurochirurgische Abteilung mit zunächst 15 und später 25 Betten unter der Leitung von Oberarzt Dr.WILHELM BRÜGGEMANN eröffnet, der vorher in der Neurochirurgischen Universitätsklinik Köln gearbeitet hatte. In den ersten neun Monaten wurden 121 Patienten stationär behandelt, wobei die Schädel- und Hirnverletzungen 65% ausmachten. Die Verletzten mit Gehirnerschütterungen waren wegen Platzmangels auf die übrigen Stationen verteilt, während die schweren Hirnverletzungen auf der Wachstation lagen. Bei dem Rest der neurochirurgischen Patienten wurden Bandscheibenvorfälle, Wirbel-

säulenverletzungen, Hirn- und Rückenmarkstumore und eine nasaltraumatische Liquorfistel behandelt. In der Diagnostik verwendete man in Zusammenarbeit mit dem Neurologen Oberarzt Dr.BÜCKER von der Inneren Klinik vermehrt Kontrastmittelmethode wie Carotisangiographie, Pneumencephalographie und Myelographie. Im Laufe des Jahres 1969 wurde mit der Weiterentwicklung der Mikrochirurgie zur Versorgung kleinster Gefäß- und Nervenverletzungen bei der Hand- und Neurochirurgie das Operationsmikroskop eingeführt. Das "Bergmannsheil II" Buer war eines der ersten Häuser in der Bundesrepublik, das mit dieser neuen Methode Gefäß- und Nerven nähte von weniger als 1 mm Durchmesser in bis zu 6-stündiger Operation behandeln konnte. Die Kopfverletzungen nahmen mit über 8% (1967) neben den Handverletzungen mit 24% die ersten Plätze unter allen von den gewerblichen Berufsgenossenschaften entschädigten Arbeitsunfällen ein (47).

Am Ende des Jahres 1970 wurde der Leiter der Handchirurgischen Abteilung, Oberarzt Dr.ROLAND RAHMEL, von Oberarzt Dr.HANS EBERHARD ZÜHLKE von den Städtischen Krankenanstalten Wuppertal abgelöst.

An operativen Eingriffen erfolgten:

Intracranielle Haematome	21
Impressionsfrakturen, offene	
Hirnverletzungen und Schädel-	
dachplastiken	16
Nasale Liquorfisteln	5
Hirntumore	9
Rückenmarkstumore, Myelocelen,	
lumbale Bandscheibenvorfälle	53
Liquordrainagen	3
Nervennähte und -verlagerungen	3
Ventriculographien und	
Ventrikelpunktionen	11
Insgesamt durchgeführte Operationen:	121

Tabelle der 1969 in der Neurochirurgischen Abteilung durchgeführten Operationen (121)

XV. DIE SCHWESTERNSCHAFT AM "BERGMANNSSHEIL II" BUER

Da das alte, 1929 erbaute Schwesternhaus seit Vollendung der Medizinischen Klinik 1953 dem wachsenden Bedarf an DRK-Schwestern, die ihr Mutterhaus in Bochum-Langendreer hatten, nicht mehr gerecht wurde, begann man 1955 mit der Vorplanung eines neuen Schwesternwohnheimes, das am 31.3.1960 unter der Leitung der Kasseler Architekten Dipl.Ing.GLÜER und Dipl.Ing.STARAL zur Einweihung kam. Der fünf Geschosse enthaltende Bau hatte einen schmetterlingsförmigen Grundriß, so daß die offenen Seiten der im Entwurf vorgesehenen vier Flügel, von denen bei der Eröffnung drei ausgeführt waren, einen möglichst gleichmäßigen Einfall des Sonnenlichts an der Ost-, Süd- und Westseite erhielten. In diesem ersten Bauabschnitt bekamen 90 Schwestern je ein Einzelzimmer. Bei weiterem Wohnraumbedarf kann der vierte Flügel, der zunächst nur bis zur Decke des Erdgeschosses errichtet worden ist, ergänzt werden. Das neue Haus liegt im Südwesten des Krankenhausgeländes in unmittelbarer Nähe der Parkanlagen und des Berger Sees. Am Eingang im Untergeschoß, der von der Wirtschaftszufahrt im Nordhof getrennt ist, betritt man zunächst das Pförtner- und Besucherzimmer. Im ersten und zweiten Stock befinden sich je zwei große Wohngemeinschaften mit je 15 Schwestern pro Flügel. Auf 25 Schwestern entfallen jeweils acht Duschen, vier Badezimmer und vier Toiletten. In jedem Zimmer, das mit Balkon und Waschgelegenheit ausgestattet ist, können die Schwestern, um eine Gleichförmigkeit zu vermeiden, unter sechs verschiedenen Zimmereinrichtungen wählen. Im obersten Geschoß befindet sich die Küche und der dazugehörige Speisesaal sowie ein Aufenthaltsraum und Räume für Filmvorführungen. Zu Beginn waren 75 der 90 Schwesternzimmer belegt (60).

Als Oberschwestern arbeiteten im "Bergmannsheil II" Buer:

Clementine Alper	(1892-1945)	vom 23.9.1929 bis 27.6.1945
Hildegard Hempel	(geb. 1911)	vom 16.7.1945 bis 14.6.1962
Christel Merkamp	(geb. 1926)	vom 1.1.1966 bis 31.12.1976
Ilse Lore Kümpers	(geb. 1929)	seit 1.1.1977

In der Zeit von 1962 bis 1966 wurde die Stelle vertretungsweise durch Stationsschwestern besetzt.

XVI. DIE ENTWICKLUNG ZUM BERUFGENOSSENSCHAFTLICHEN TRÄGERVEREIN IN DEN JAHREN 1975 UND 1976

Nach dem Höhepunkt der Beschäftigtenzahl im Bergbau an der Ruhr im Jahre 1958 (305.000) sank die Zahl der unfallverletzten Versicherten der Bergbau-Berufsgenossenschaft immer weiter ab und mit der Veränderung der Belegungsstruktur entwickelte sich das "Bergmannsheil II" Buer mehr und mehr zu einem Allgemeinkrankenhaus (32). Die gesetzliche Unfallversicherung zählt die Unterhaltung von Allgemeinkrankenhäusern nicht zu ihrem Aufgabenbereich, wobei auch die Mittel der Versicherungsträger nach § 25 RVO nur für die gesetzlich vorgeschriebenen Zwecke verwendet werden dürfen. Die Hauptaufgabe eines berufsgenossenschaftlichen Krankenhauses darf also nur die medizinische Rehabilitation unfallverletzter Versicherter sein. Die Gesetzgebung ging davon aus, daß die berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken durch die hauptsächlich unfallverletzten Patienten kostendeckende Pflegesätze erhalten. Diese Unfallkrankenhäuser konnten somit keine Mittel der öffentlichen Hand über das Krankenhausfinanzierungsgesetz bekommen.

Eine Lösung zur Änderung der Belegungsstruktur und der damit verbundenen wirtschaftlichen Entwicklung des Krankenhauses stellte die Heranziehung der anderen Berufsgenossenschaften als Klinikträger dar. Da die Bergbau-Berufsgenossenschaft das "Bergmannsheil" Bochum am 1.1.1976 dem Land Nordrhein-Westfalen als Träger übergab, damit dort das Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum entstehen konnte, boten sich im "Bergmannsheil II" Buer gute Voraussetzungen für eine solche Lösung. Diese Entwicklung zeichnete sich schon in den Jahren zuvor ab, so daß die Mitgliederversammlung auf Vorschlag des Vorstandes der Bergbau-Berufsgenossenschaft im Dezember 1973 die Bildung eines Krankenhausvereins beschloß. Am 30.9.1974 fand die Gründungsversammlung statt, nachdem folgende 23 gewerbliche Berufsgenossenschaften beigetreten waren:

Bergbau-Berufsgenossenschaft
Steinbruch-Berufsgenossenschaft
Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie
Berufsgenossenschaft der Gas- und Wasserwerke
Hütten- und Walzwerk-Berufsgenossenschaft
Maschinenbau- und Kleineisenindustrie-Berufsgenossenschaft
Berufsgenossenschaft der Feinmechanik und Elektrotechnik
Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie
Holz-Berufsgenossenschaft
Papiermacher-Berufsgenossenschaft
Berufsgenossenschaft Druck und Papierverarbeitung
Lederindustrie-Berufsgenossenschaft
Textil- und Bekleidungs-Berufsgenossenschaft
Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten
Fleischerei-Berufsgenossenschaft
Zucker-Berufsgenossenschaft
Bau-Berufsgenossenschaft Wuppertal
Tiefbau-Berufsgenossenschaft
Großhandels- und Lagerei-Berufsgenossenschaft
Verwaltungs-Berufsgenossenschaft
Berufsgenossenschaft der Straßen-, U- und Eisenbahnen
Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen
Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft

Die Rheinische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft, die Gartenbau-Berufsgenossenschaft und die Westfälische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft erklärten gleichzeitig ihr Interesse, da auch sie Mitgliedsunternehmen im Einzugsbereich des "Bergmannsheil II" Buer hatten.

Am 1.1.1975 übertrug die Bergbau-Berufsgenossenschaft den Besitz des Krankenhauses auf den Trägerverein mit dem Namen "Berufsgenossenschaftlicher Verein für Heilbehandlung und Berufshilfe 'Bergmannsheil Buer' in Bochum e.V.". Die Verwaltung und Wirtschaftsführung ging auf den Verein über, deren Mitglieder nach einem bestimmten Schlüssel an dem Vereinsvermögen beteiligt waren. Als Rechtsnachfolger der Bergbau-Berufsgenossenschaft

in allen Vertragsverhältnissen des bisherigen Trägers übernahm der Verein auch das gesamte Personal des Krankenhauses. Nach § 1 der Vereinssatzung mußte der Verein Einrichtungen unterhalten, die den Berufsgenossenschaften nach der RVO und anderen gesetzlichen Bestimmungen gegenüber Mitgliedern und Versicherten auferlegt waren. Zur Wiedereingliederung der Verletzten mußten danach Einrichtungen zur Heilbehandlung und Berufshilfe geschaffen werden und die Fortbildung des dazu nötigen Fachpersonals gewährleistet sein.

Der Vorstand des Vereins bestand aus 12 Mitgliedern, von denen 6 aus der Reihe der Arbeitgeber und 6 aus der Reihe der Versicherten stammten. Zum Vereinsvorstand gehörten noch 3 Hauptgeschäftsführer der beteiligten Berufsgenossenschaften mit beratender Stimme. Der Sitz des Vereins war Bochum.

"Mit der Bildung eines weiteren berufsgenossenschaftlichen Trägervereins neben den bereits bestehenden Zusammenschlüssen von Berufsgenossenschaften zur Unterhaltung von Unfallkliniken in Hamburg, Duisburg-Buchholz, Tübingen und Murnau wird deutlich, wie erst die Berufsgenossenschaften die Aufgabe nehmen, unfallverletzte Versicherte mit allen geeigneten Mitteln gesundheitlich wieder herzustellen, und zwar die durch den Arbeitsunfall verursachte Körperverletzung oder Gesundheitsstörung und Minderung der Erwerbsfähigkeit zu beseitigen und eine Verschlimmerung der Unfallfolgen zu verhüten, wie es in § 556 RVO festgelegt ist. Das von den Berufsgenossenschaften in Jahrzehnten entwickelte umfassende Verfahren für die Heilbehandlung, das als 'berufsgenossenschaftliches Heilverfahren' große Bedeutung gewonnen und auf die Entwicklung der Chirurgie entscheidenden Einfluß ausgeübt hat, wird künftig in der Unfallklinik Bergmannsheil Buer im Vordergrund der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen stehen" (62).

Die anfängliche Begeisterung über den neuen Trägerverein wich schnell, als bekannt wurde, daß für die 231 Betten der gesamten Chirurgischen Abteilung im Jahre 1975 nur eine Ausnutzung von 70,1% gegenüber 74,5% im Vorjahr erzielt wurde (153). Auf der Inneren Abteilung betrug die Ausnutzung bei 61 Betten im Jahre 1975 91% gegenüber 93% im Vorjahr, so daß sich zusammen mit den Betten der Anästhesie und Intensivpflege eine Nutzung von 73,2%

für die gesamte Klinik ergab (174).

Für das wegen der geringen Belegung im Jahre 1975 erwirtschaftete Defizit von 1,3 Mio DM konnten mehrere Gründe angegeben werden. Grundlage für eine Förderung aus öffentlichen Haushalten ist das "Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG)" vom 29.6.1972. Dieses Gesetz fällt gem. Artikel 74 Ziffer 19a GG in den Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung. Daraus folgt, daß die Länder die Befugnisse zur Gesetzgebung haben, solange und soweit der Bund von seinem Gesetzgebungsrecht keinen Gebrauch macht. Daher ist das Krankenhausgesetz (KHG), das am 26.2.1975 in Kraft getreten ist, ebenfalls von Bedeutung. Voraussetzung für eine Förderung ist die Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausbedarfsplan des Landes (§ 8 Abs.1 KHG). Das "Bergmannsheil II" Buer als berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus erhielt nach § 3 Ziffer 4 KHG als nicht in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen keine Förderung (173).

Ein Grund für die schlechte Belegung war die Tatsache, daß im Einzugsbereich der Unfallklinik zahlreiche vom Landesverband Rheinland-Westfalen der gewerblichen Berufsgenossenschaften zugelassene Vertragskrankenhäuser (§ 6 Krankenhäuser) mit günstigeren Pflegesätzen arbeiteten als das hochtechnisierte "Bergmannsheil II":

	<u>Bettenzahl</u>	<u>Pflegesatz</u>
Ev.Krankenhaus Gelsenkirchen ab 1.1.1975	543	112,05 DM
Knappschafts-Krankenhaus Gelsenkirchen ab 1.1.1975	367	128,05 DM
Marien-Hospital Gelsenkirchen ab 1.1.1975	450	93,50 DM
Marien-Hospital Gelsenkirchen-Buer ab 1.1.1975	450	105,65 DM
Josefs-Krankenhaus Gelsenkirchen- Horst ab 1.1.1975	471	92,30 DM

Im "Bergmannsheil II" mußten die RVO-Patienten DM 158,-- und die BG-Patienten DM 200,-- bezahlen.

Als weiterer Grund kam anscheinend eine geringe Attraktivität im Vergleich zu den anderen Häusern in Frage, obwohl für die Modernisierung des Bettenhauses und der Nachbehandlungsabteilung über 16 Mio DM ausgegeben wurden (169).

Wirtschaftlich negativ für das "Bergmannsheil II" wirkten sich auch die hohen Personalkosten von 70% (1975) und ein Überhang von 800 Betten im Raum Gelsenkirchen nach dem Bettenbedarfsplan des Landes aus (171).

Der Mangel an Assistenzärzten auf der Chirurgischen Abteilung - im Jahresdurchschnitt 1975 war nur die Hälfte der Planstellen besetzt - bewirkte ein weiteres Absinken der Leistungen. Auf der Chirurgischen Abteilung arbeiteten neben Chefarzt Dr.WOLF 4 Oberärzte und 8 Assistenzärzte, auf der Inneren Abteilung neben Chefarzt Dr.WEBER 3 Oberärzte und 6 Assistenzärzte und auf der Anästhesieabteilung Chefarzt Dr.ÜLGER und 4 Assistenzärzte (167).

Auf Veranlassung der Vorstandssitzung vom 7.8.1975 sollte als wesentliche bauliche Veränderung ein Zentrum für Querschnittsgelähmte errichtet werden. Der Hauptverband der Berufsgenossenschaften hatte sich bereit erklärt, von den jährlich in der Bundesrepublik benötigten 1500 Betten für Querschnittsgelähmte 300 zu übernehmen. Diese Betten sollten auf drei berufsgenossenschaftliche Zentren mit je 100 Betten verteilt werden, und zwar in Murnau, Hamburg und im Rhein-Ruhr-Gebiet. Da in der Unfallklinik Duisburg-Buchholz bereits 35 Betten für Querschnittsgelähmte vorhanden waren, müßten in Buer 65 Betten eingerichtet werden. Die Querschnittsgelähmtenabteilung im "Bergmannsheil" Bochum hätte mit ihren 28 Betten nach Buer verlegt werden können. Die 65 Betten hätten im Sockelgeschoß der Chirurgischen Abteilung untergebracht werden müssen, um die Leerquote der Chirurgischen Klinik zu reduzieren. Das "Bergmannsheil II" hat von 1970 bis 1975 202 unfallverletzte Querschnittsgelähmte als Erstversorgungsfälle stationär und 809 Querschnittsgelähmte im gleichen Zeitraum wegen Spätfolgen behandelt (168).

Als weitere bauliche Erweiterung war vom Vorstand der Neubau des Operationsbereiches, eine zentrale Röntgenabteilung und ein neues Labor im Wert von ca. 12 Mio DM geplant.

Diese geplanten Veränderungen des Vorstandes des Hauptverbandes wurden am 16.9.1975 zurückgestellt, da das Land Nordrhein-Westfalen der Bergbau-Berufsgenossenschaft zu dieser Zeit noch keine verbindliche Zusage über die Übernahme des "Bergmannsheil" Bochum machen konnte. Die beiden berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken konnten in diesem Regionalbereich aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr getragen werden (170).

Die einzige bauliche Veränderung war der Umbau der veralteten Küche und der Cafeteria, die mit einem neuen Speiseverteilungssystem (Tablettsystem vom Band) im Oktober 1975 in Betrieb genommen wurde.

Wegen des großen Defizits am Ende des Jahres 1975 beschloß der Trägerverein am 16.12.1975, einen neuen Träger für das "Bergmannsheil II" Buer zu finden. Interesse an einer Übernahme zeigte im März 1976 das Kuratorium der Stiftung St.Marien-Hospital (Mühlenstraße 5/9, Gelsenkirchen-Buer), das sein altes Haus in Buer stillegen wollte. Der zweite Bewerber war die Bundesknappschaft, die ihr Haus in Gelsenkirchen-Ückendorf im Falle einer Übernahme bis Ende 1977 schließen wollte (172).

Am 24.9.1976 beschloß die Mitgliederversammlung des "Berufsgenossenschaftlichen Vereins für Heilbehandlung und Berufshilfe 'Bergmannsheil Buer' in Bochum e.V." die Abgabe der Unfallklinik "Bergmannsheil II" Buer zum 1.1.1977 an die Bundesknappschaft. Mit diesem Übergang war gewährleistet, daß die im Jahre 1929 errichtete Klinik neben der allgemeinen Heilbehandlung der Bergbau-Versicherten und ihrer Angehörigen auch künftig für die Behandlung unfallverletzter und berufsranker Versicherter im nördlichen Ruhrgebiet zur Verfügung stand. Der Wechsel berücksichtigte die gegebene Situation, da bei der rückläufigen Entwicklung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten die Klinik nur zu einem Drittel mit Unfallverletzten

und Berufskranken der gesetzlichen Unfallversicherung belegt war. Die Bundesknappschaft allein hatte in den Jahren vor der Übernahme durchschnittlich ein Drittel der Betten für ihre Versicherten in Anspruch genommen und war somit bisher schon ein maßgeblicher Kostenträger der Klinik. Durch die Zusammenführung des Personals des "Bergmannsheil II" Buer und des Knappschafts-Krankenhauses Gelsenkirchen-Ückendorf konnten die Arbeitsplätze für beide Häuser fast vollständig erhalten werden. Auch die DRK-Schwestern der Schwesternschaft Westfalen mit dem Mutterhaus in Münster aus Ückendorf konnten zum größten Teil übernommen werden, um mit den DRK-Schwestern aus Buer zusammenzuarbeiten, die der am 1. Oktober 1956 neugegründeten Schwesternschaft Bergmannsheil mit dem Mutterhaus in Bochum angehörten.

Für die wirtschaftliche Seite der Fusion sprach die Förderung durch das oben schon erwähnte Krankenhausgesetz bei Zusammenlegung der Häuser und Übernahme der Abteilungen Urologie, Orthopädie und Röntgen von Gelsenkirchen-Ückendorf.

Auf der Vorstandssitzung des "Berufsgenossenschaftlichen Vereins für Heilbehandlung und Berufshilfe 'Bergmannsheil Buer' in Bochum e.V." am 24.9.1976 wurden dann die Vertragsentwürfe für die Rückgabe des "Bergmannsheil II" an die Bergbau-Berufsgenossenschaft und die folgende Übernahme durch die Bundesknappschaft und der Personalüberleitungsvertrag zwischen dem Trägerverein der Bundesknappschaft und der BBG vorgelegt (175).

XVII. DAS BUNDESKNAPPSCHAFTSKRANKENHAUS GELSENKIRCHEN-BUER
IN DEN JAHREN 1977 UND 1978

Unter der Leitung der Bundesknappschaft gab es 1977 wesentliche Veränderungen in der Stationsaufteilung der einzelnen Abteilungen. Die Abteilung Chirurgie unter der Leitung von Prof.Dr.SCHRAMM hatte im Jahre 1977 149 Planbetten, was eine wesentliche Reduzierung gegenüber dem Vorjahr bedeutete. Die Spezialgebiete dieser Abteilung waren operative Unfall- und Wiederherstellungschirurgie einschließlich operativer Behandlung von Arthrosen der großen Gelenke (Synovektomien, Umstellungsosteotomien, Kappen- und Totalprothesen am Hüftgelenk, Teil- und Totalprothesen am Kniegelenk). Als weiteres Aufgabengebiet galt Struma-, Mamma- und Bauchchirurgie einschließlich Zwerchfellbrüche, Gastrektomien und Herzschrittmacherimplantationen.

Die Neurochirurgische Unterabteilung mit 25 Betten behandelte Schädel-Hirn-Verletzungen und nahm Bandscheibenoperationen vor.

Die Unterabteilung Hand- und plastische Chirurgie mit 10 Betten konnte alle operativen Eingriffe im Bereich der Hand einschließlich Mikrochirurgie und Mamma-Plastiken durchführen.

Die Innere Abteilung, die trotz des oben erwähnten Urteils des Arbeitsgerichtes Gelsenkirchen auch 1977 nur 61 Planbetten unter der Leitung von Chefarzt Dr.AHRENS hatte, konnte den Patienten ein weites Gebiet an medizinischen Leistungen anbieten. Neben allen wichtigen diagnostischen und therapeutischen Endoskopien (Ösophago-Gastro-Duodenoskopie, Proktoskopie, Notfallendoskopie, Laparoskopie usw.) war die Kardiologie auf dem neuesten Stand der Entwicklung.

Am 1.7.1977 wurde eine Trennung der Intensivabteilung vorgenommen. Die Chirurgische Abteilung behielt 7 Betten, während in den 5 Betten der internistischen Intensiveinheit vitalgefährdete Patienten mit Monitoring, Langzeit-EKG, apparativer Beatmung und Blutdrucküberwachung behandelt wurden.

Eine eigene Neurologieabteilung, deren Patienten jedoch auf der Inneren Abteilung lagen, wurde seit ihrer Eröffnung am 1.10.1978 von Chefarzt Dr.KLAUS FRIEDRICH (geb.1920) geleitet. Er war seit 1961 Chefarzt im Knappschafts-Krankenhaus Gelsenkirchen-Ückendorf.

Die Orthopädische Abteilung mit ihren 43 Planstellen war unter Dr.HERMANN DARTMANN (geb.1919) mit dem gesamten Personal am 1.4.1977 von Gelsenkirchen-Ückendorf, wo er seit 1956 als Chefarzt arbeitete, in das vorher umgebaute ehemalige Ärztekasino des "Bergmannsheil II" gezogen.

Am 1.5.1977 übernahm die Urologische Abteilung des Knappschafts-Krankenhauses I die umgebauten Räume der Konsiliarärzte für Augen-, HNO und Kieferkrankheiten unter Leitung von Chefarzt Dr.KLAUS DIETER FUNK (geb.1930) mit 35 Planbetten. Die Abteilung konnte alle diagnostischen Untersuchungsmethoden einschließlich der urologischen Röntgendiagnostik der Harnwege (Fernsehkette) durchführen.

Der Neueinbau der Stationen Urologie und Orthopädie kostete bei Übernahme der meisten Geräte aus Gelsenkirchen-Ückendorf ca. 2 Mio DM.

Die Abteilung für Röntgen- und Strahlenheilkunde, die über keine eigenen Betten verfügte, wurde am 1.1.1977 unter der Leitung von Chefarzt Dr.WERNER TOUCHÉ (geb.1925), der seit 1976 Chefarzt in Gelsenkirchen-Ückendorf war, in Betrieb genommen.

Die Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin mit der chirurgischen Intensivbehandlungseinheit von 7 Betten stand, wie schon vor der Übernahme durch die Bundesknappschaft, unter der Leitung von Chefarzt Dr.ÜLGER.

Die Physikalisch-Therapeutische Abteilung unter der Leitung von Chefarzt Prof.Dr.SCHRAMM umfaßte das Schreit- und Bewegungsbad, die Schwinggymnastik, die Gehschule für Amputierte, alle Formen der Massage, Fangopackungen und Kurzwellenbestrahlungen.

Als Belegarzt für HNO-Krankheiten bei kleineren operativen Eingriffen, gutachtlichen Untersuchungen, Audiometrie und Vestibularisprüfungen war Dr. JOACHIM KÜNTZEL angestellt.

Zum 1.12.1977 wurde eine Apotheke unter Pharmazieoberrat DONNER eingerichtet. Spezielle, nicht im Sortiment vorhandene Mittel konnten aus der Apotheke des Knappschaftskrankenhauses Recklinghausen angefordert werden (154).

Da es im "Bergmannsheil II" keine eigene Schwesternschule gab, mußte das auszubildende Pflegepersonal, das früher in Gelsenkirchen-Ückendorf theoretisch unterrichtet worden war, im Knappschafts Krankenhaus Recklinghausen geschult werden. Die praktische Ausbildung fand weiter in Buer statt.

Vom wirtschaftlichen Standpunkt aus gesehen konnte die Übernahme durch die Bundesknappschaft ab 1.1.1977 sicher als Erfolg angesehen werden. Während im Jahre 1976 die durchschnittliche Bettenausnutzung nur 79,7% betragen hatte, war sie in den Jahren 1977 auf 89,5% und 1978 sogar auf 92,9% gestiegen. Die Zahl der stationär behandelten Patienten erhöhte sich von 3.697 (1976) auf 4.767 (1978). Zur gleichen Zeit war die durchschnittliche Verweildauer von 23,7 Tagen auf 21,3 Tage gefallen.

Den größten Anteil an den gesamten Berechnungstagen als Kostenträger stellte im Jahre 1978 die Bundesknappschaft mit 40,8%, gefolgt von den öffentlich-rechtlichen Kassen mit 40%. Die BBG hatte mit 7,2% wie die anderen gewerblichen Berufsgenossenschaften mit 6% und die Selbstzahler mit 6% nur einen kleinen Anteil als Kostenträger.

Von den im Jahre 1978 im Haus beschäftigten 385 Personen entfielen im Jahresdurchschnitt

auf den ärztlichen Dienst	40,4
auf den Pflegedienst	116,0
auf den med.techn. u.Funktionsdienst	100,3
auf das klinische Hauspersonal	47,4
auf Versorgungs- und Technikdienst	46,)
auf Instandsetzungsdienst	7
auf Verwaltungsdienst	23,2
auf Sonderdienste	1,8.

Der Anteil der Personalkosten am Gesamtaufwand betrug im Jahre 1978 69,7% (155).

Z U S A M M E N F A S S U N G Teil 1:

Am 18. Oktober 1979 konnte das Knappschaftskrankenhaus Bergmannsheil Buer den 50. Jahrestag seiner Gründung begehen. Das Krankenhaus war 1929 mit 240 Betten als rein Chirurgische Unfallklinik nach zweijähriger Bauzeit von der Bergbau-Berufsgenossenschaft eröffnet worden. Diese wollte den verletzten Bergleuten mit dem auf die Unfälle des Bergbaus spezialisierten Neubau die besten Chancen zur Heilung bieten. Das Haus sollte gleichzeitig eine Entlastung des mehr den südlichen Teil des Ruhrgebiets versorgenden "Bergmannsheil" Bochum sein.

Fest verbunden mit der Geschichte des Hauses ist der erste Chefarzt der Chirurgischen Abteilung Dr. EMIL KOCH (1884-1957), der bei der Planung der Klinik entscheidend mitgearbeitet hatte. Unter seiner Leitung wurde vom "Bergmannsheil II" Buer aus die Erste Hilfe im Bergbau einheitlich organisiert, Zechenverbandstuben eingerichtet und der Anfang der werksärztlichen Tätigkeit auf den Schachtanlagen geschaffen.

Im Jahre 1934 wurde durch den Umbau der Chirurgischen Abteilung eine Station für Patienten mit inneren Krankheiten unter der Leitung von Dr. WILHELM SILBERKUHL (1897-1976) eingerichtet. Die Gründung dieser Abteilung wurde durch die Zweite Berufskrankheitenverordnung (BKVO) von 1929 beeinflusst, die die schwere Silikose in die Liste der zu entschädigenden Berufskrankheiten einbezog.

Im zweiten Weltkrieg wurde das "Bergmannsheil II" Buer, von wenigen leichten Bombentreffern abgesehen, kaum beschädigt, so daß nur in den letzten Monaten vor Kriegsende durch den Umzug der gesamten Klinik in den Krankenhausbunker die Behandlung sehr eingeschränkt war.

Im Jahre 1947 wurde eine staatlich anerkannte Massageschule unter der Leitung von Dr. EMIL KOCH (1884-1957) gegründet.

Die dauernde Überbelastung der Inneren Abteilung machte 1953 den Neubau einer Medizinisch-Neurologischen Abteilung mit 61 Betten und einer geschlossenen Station für Patienten mit

Silikotuberkulose notwendig.

Um das Krankenhaus weiterhin für das Pflegepersonal attraktiv zu gestalten, wurde 1960 ein 5-stöckiges modernes Schwesternwohnheim auf dem Klinikgelände errichtet.

Mit der fortschreitenden medizinischen Entwicklung richtete Chefarzt Dr.FRITZ WOLF (geb.1910), der seit 1954 die Chirurgische Abteilung leitete, im Jahre 1967 Spezialabteilungen für Hand- und Neurochirurgie ein.

Im selben Jahr wurde ein neues Nachbehandlungszentrum mit Schwimm- und Turnhalle sowie Einrichtungen für Bewegungstherapie und Schwinggymnastik in Betrieb genommen.

In den Jahren 1971 bis 1973 wurde das Bettenhaus der Chirurgischen Klinik völlig umgebaut, um moderne Krankenzimmer für die Patienten zu schaffen.

Die Verminderung der wirtschaftlichen Bedeutung des Bergbaus im Ruhrgebiet durch Stillegung zahlreicher Schachtanlagen und die damit verbundene sinkende Anzahl der bergmännischen Patienten veranlaßte die Bergbau-Berufsgenossenschaft zusammen mit anderen gewerblichen Berufsgenossenschaften, im Jahre 1975 für das "Bergmannsheil II" Buer einen Trägerverein zu gründen, den "Berufsgenossenschaftlichen Verein für Heilbehandlung und Berufshilfe 'Bergmannsheil Buer' Bochum e.V.". Da die Belegzahlen des Krankenhauses unter der Führung dieses Vereins geringer als in den Jahren zuvor waren, übernahm am 1.Januar 1977 die Bundesknappschaft das Haus, weil sie beabsichtigte, ihr Krankenhaus in Gelsenkirchen-Ückendorf bis Ende 1977 zu schließen. Im Laufe dieses Jahres wurden so die Abteilungen für Röntgenologie, Orthopädie, Urologie und die Apotheke von Gelsenkirchen-Ückendorf in das "Bergmannsheil II" Buer übernommen.

Das "Bergmannsheil II" Buer verfügte 1978 über 300 Betten. Folgende Stationen und Einrichtungen standen den Patienten zur Verfügung:

1. Chirurgische Klinik mit 153 Betten und den Unterabteilungen für Hand- und Neurochirurgie sowie 7 Betten für die Intensivpflege, die von der Abteilung für Anästhesie mitversorgt wurden,
2. Abteilung für Orthopädie mit 43 Betten,
3. Abteilung für Urologie mit 38 Betten,
4. Innere und Neurochirurgische Klinik mit 54 Betten sowie die internistische Intensiveinheit mit 5 Betten,
5. Abteilung für Radiologie und Nuklearmedizin,
6. Physikalisch-Therapeutische Abteilung unter Leitung des Chefarztes der Chirurgischen Klinik,
7. Krankenhausapotheke,
8. Belegbetten für HNO-Krankheiten (Belegarzt).

So wurde aus dem Krankenhaus der Arbeitgeber ein solches der Arbeitnehmer. Gleichzeitig übernahm das Krankenhaus Bergmannsheil die Tradition des Knappschaftskrankenhauses Gelsenkirchen-Ückendorf. Da somit die Bergbau-Berufsgenossenschaft keinen Einfluß mehr auf die Unfallbehandlung und die Rentenbegutachtung hat, hat die Bundesknappschaft eine wichtige Position übernommen.

TEIL 2: DAS KNAPPSCHAFTSKRANKENHAUS IN GELSENKIRCHEN-ÜCKENDORF

I. DIE GRÜNDUNG DES KNAPPSCHAFTSKRANKENHAUSES GELSENKIRCHEN-ÜCKENDORF

In der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts hatte sich der Bergbau von der Ruhr in die Emscherniederung und darüber hinaus in das Recklinghausener Revier vorgeschoben. Reiche Kohlevorkommen bedeuteten einen raschen Aufstieg für Gelsenkirchen, das erst 1875 mit 11.300 Einwohnern das Stadtrecht erhielt.

Es kamen sehr viele Arbeiter aus den landwirtschaftlichen Gebieten Ost- und Westpreußens, um im Bergbau mehr Geld zu verdienen. Mit den vielen neuen Arbeitersiedlungen wuchsen die Probleme der Hygiene und der Krankenversorgung.

In den alten, langsam gewachsenen Städten wie Dortmund, Essen und Duisburg konnten die traditionellen alten Hospitäler als Städtische Krankenhäuser genutzt werden. In den schnell entstandenen Bergbauorten Gelsenkirchen, Wanne, Herne und Oberhausen wurde die Krankenversorgung zum Teil von den Kirchengemeinden übernommen.

So entstand im Jahre 1872 das Evangelische Krankenhaus Gelsenkirchen (28).

In dem Zeitraum von 1892 bis 1902 hatte sich die Zahl der Bergarbeiter des Ruhrgebiets von 142.247 auf 243.963 erhöht. Der Allgemeine Knappschaftsverein hatte zur Versorgung seiner Mitglieder Verträge mit dem Evangelischen Krankenhaus Gelsenkirchen und dem Elisabeth-Hospital Bochum - 1848 eingerichtet und nach der preußischen Königin benannt - geschlossen. Seit 1870 wurden den Vertragskrankenhäusern 100 Thaler jährlich für bauliche Zwecke zur Verfügung gestellt. Die Schwierigkeiten, mit den vorhandenen Häusern weitere Verträge zu schließen, sowie die Notwendigkeit, den erkrankten Mitgliedern des Allgemeinen Knappschaftsvereins eine geeignete Pflege zu gewähren, die besonders auf die mit dem Bergbau verbundenen Krankheiten ausgerichtet war, galten als die wesentlichen Gründe für die Errichtung eines eigenen Krankenhauses (42).

Der Sachverständige des Allgemeinen Knappschaftsvereins, Medizinalrat Dr.TENHOLT, schrieb über die Notwendigkeit, eigene Krankenhäuser zu errichten:

"Es entspricht nicht mehr dem Zeitgeist, wenn bei einem so großartigen und wohlbemittelten Krankenkassenwesen, wie es innerhalb des Allgemeinen Knappschaftsvereins besteht, die Fälle vorkommen können, daß Vereinsmitgliedern bei gewissen Krankheiten nicht rechtzeitig diejenige Hilfe zu Teil werden kann, welche nach dem gegenwärtigen Standpunkt der Wissenschaft als die richtige erscheint. Mit dem Bau eines eigenen Krankenhauses würden wir mit einem Schlage all diese Sorgen und Mühen beseitigen, welche man mit der Unterbringung mancher Kranken zu bestehen hat" (40).

Da der Allgemeine Knappschaftsverein im Jahre 1900 mit 235.226 Mitgliedern und einem Gesamtvermögen von 28.851.223 Mark in einer guten finanziellen Situation war, konnte in der Vorstandssitzung vom 7.Januar 1902 der Beschluß gefaßt werden, je ein Krankenhaus in Ückendorf und Recklinghausen zu bauen (2).

Das Baugelände an der ehemaligen Süd- und Bochumerstraße in Ückendorf wurde der Gelsenkirchener Bergwerks-Aktien-Gesellschaft abgekauft. Da dieses Gelände für die geplante Anlage nicht groß genug war, wurden noch einige Nachbargrundstücke hinzu erworben, die zum Teil der katholischen Kirchengemeinde Ückendorf gehörten. Die Gesamtfläche betrug 2.115 Quadratrußen (ca.3.000 m²) Da unter dem Baugrundstück Bergbau betrieben wurde, mußte die Rechtslage bei eventuellen Bergschäden mit in den Vertrag aufgenommen werden.

Die Kosten für die Asphaltierung der am Haupteingang vorbeiführenden Knappschaftsstraße übernahm der Knappschaftsverein anteilmäßig mit der Stadt Gelsenkirchen.

Die Bauleitung lag bei den Architekten Geheimrat Dr.RAPMUND und Regierungsbaumeister KANOLD, deren Entwürfe von Prof. Dr.CARL LÖBKER (1854-1912), dem Chefarzt des neuen Krankenhauses "Bergmannsheil" Bochum, geprüft wurden.

Im März 1903 wurde mit den Ausschachtungsanlagen begonnen und ein Eisenbetonrost verlegt, um sich gegen mögliche Bergschäden

zu schützen. Nachdem der Rohbau im Frühjahr 1905 fertiggestellt war, konnten bei Vollendung des inneren Ausbaus das Hauptgebäude und die Wirtschaftsräume Ende des Jahres in Betrieb genommen werden.

Am 31. August hatte der Kurausschuß bereits zusätzlich den Bau eines Isolierhauses beschlossen, das im Jahre 1906 eröffnet werden konnte (53).

II. DIE BESCHREIBUNG DES KRANKENHAUSNEUBAUES

Das Haus wurde am Anfang als rein Chirurgische Klinik nur für männliche Patienten geführt. Die gesamte Bettenzahl betrug 220.

4	Räume mit je	12 Betten
9	Räume mit je	6 Betten
21	Räume mit je	4 Betten
6	Räume mit je	1 Bett
4	Räume mit je	2 Betten
Isolierhaus mit		20 Betten
2 Tobzellen.		

Als Bausystem wurde für das Hauptgebäude das Seitenkorridor-System mit pavillonartigen Ausbauten gewählt. Architektonisch kann das Haus zum Historismus (1770-1830) gerechnet werden.

Hauptkennzeichen des Historismus war die Nachahmung mehrerer Stilarten an einem Bauwerk. Das Verhältnis von umbautem zu nutzbarem Raum legte den repräsentativen Charakter des Neubaus offen.

Die Entwässerung des Grundstücks sowie die Abführung der Lager- und Gebrauchsreste wie sonstiger unreiner Abgänge erfolgte durch Anschluß an die vorhandene öffentliche Kanalisation der Knappschaftsstraße bzw. durch den das Gelände durchkreuzenden Bühlewegkanal.

Die Wasserversorgung wurde durch Anschluß an das Wasserwerk des nördlichen westfälischen Kohlenreviers bewirkt. Den Strom lieferte das Rheinisch-Westfälische Elektrizitätswerk. Zusätzlich war eine Gasbeleuchtungsanlage vorhanden, die als Notbeleuchtung diente.

Die Beheizung des Gebäudes erfolgte durch eine Dampfheizung. Außer der Wasserleitung für gewöhnliches Wasser war noch eine Warmwasserleitung für die Bäder, Operationssäle, Stationen und Küchen angelegt. Die verbrauchte Luft wurde über Abluftrohre durch dicht über dem Boden angebrachte Öffnungen abgeführt. Diese Rohre mündeten auf dem Dachboden gruppenweise vereinigt in Aspirationsschlote.

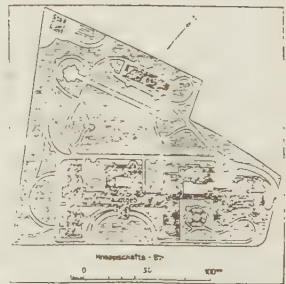
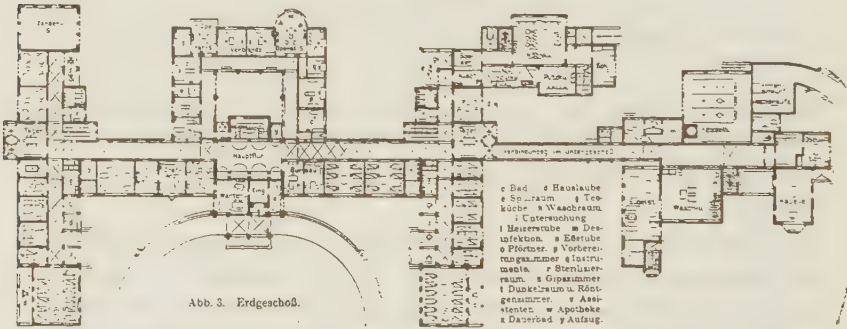
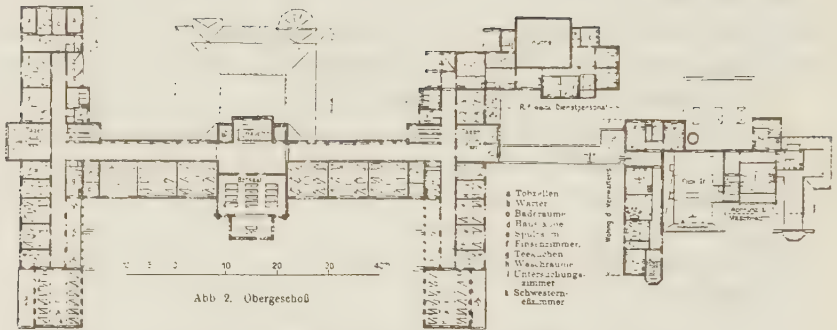


Abb. 17: Grundriß des Knappschafts-Krankenhauses Gelsenkirchen-Ueckendorf im Jahre 1906 (63)

Das Krankenhaus war folgendermaßen aufgegliedert:

1. Das Hauptgebäude enthielt im Kellergeschoß die Hauptbaderäume, die Bibliothek, das bakteriologische und chemische Laboratorium, eine Dienstwohnung und Räume für die Kleider der Patienten, da die Kranken eine einheitliche Bekleidung vom Krankenhaus gestellt bekamen.

Im Erdgeschoß waren untergebracht: der Warteraum und der Raum für den Pförtner, die Chefarztdienststräume, die Poliklinik, ein großer Operationssaal für aseptische und ein kleinerer für septische Operationen, Verbands- und Instrumentenzimmer, der Röntgenraum mit Dunkelkammer.

Der Zandersaal - benannt nach dem schwedischen Orthopäden JONAS GUSTAV WILHELM ZANDER (1835-1920), der medicomechanische Apparate zur Widerstandsgymnastik beschrieben hatte - im westlichen Seitenflügel ging durch Keller- und Erdgeschoß. Er war auch von außen direkt zu betreten, so daß die stationären Patienten durch die ambulanten Benutzer nicht gestört wurden. Die Krankenräume waren zum größten Teil in den Seitenflügeln untergebracht. Ganz in der Nähe waren die Zimmer des Pflegepersonals, die Teeküchen, Bade- und Waschräume und Toiletten. Im östlichen Seitenflügel befanden sich die Räume der Küche, die vom Hauptgebäude durch einen Anrichterraum getrennt waren.

Das Obergeschoß war durch drei feuersichere Treppen zu erreichen. Es hatte fast dieselbe Raumaufteilung wie das Erdgeschoß, nur daß im Mittelbau eine Kapelle und über dem Zandersaal zwei Zellen für Tobsüchtige mit Doppeltüren und starken Rohglasfenstern eingerichtet waren. In den Räumen über der Küche lagen die Wohnungen für das Küchenpersonal.

Im westlichen Flügel des Dachgeschosses befanden sich Krankenzimmer für Geschlechts- und Krätzekranke. Weiterhin waren im Dachgeschoß Wohnräume für Assistenzärzte und Schwestern untergebracht. Die Fußböden in den Fluren, Operationssälen, Bade-, Küchen- und WC-Räumen waren mit Terrazzo oder Fliesen belegt. Die Wände waren überall glatt verputzt und mit heller Ölfarbe gestrichen. Auf Gardinen und Teppiche verzichtete man ebenfalls aus hygienischen Gründen.

Einige Liegehallen waren beheizbar, so daß sie auch im Winter benutzbar waren. Der Hauptpersonenaufzug befand sich nahe dem zentralen Eingang und dem Wartezimmer. Im Pförtnerzimmer war die Hausfernsprechanlage installiert.

Das Krankenhaus war in vier größere Stationen mit 40 bis 50 Betten, zwei kleinere Stationen mit 16 bis 18 Betten und die Isolierstation mit 20 Betten eingeteilt.

Die Leitung jeder Abteilung lag bei der Stationsschwester, die sich mit einer ihr zugeteilten Schwesternschülerin in erster Linie der Krankenpflege widmen mußte. Der Schwester zur Seite standen ein Stationswärter und eine Putzfrau. Die Stationschwester hatte weiter für das Essen der Kranken zu sorgen. Sie stellte für sie einen eigenen Speisezettel zusammen, der der Küche übermittelt wurde.

Die Hausapotheke war mit einem Arzneikeller im Operationsflügel untergebracht. Die Apotheke unterstand einer geprüften Apothekenschwester, die auch das Röntgenzimmer betreute.

Die Baderäume im Kellergeschoß waren einem Bademeister unterstellt. Es gab Einrichtungen für Dampf-, Schwefel-, Tannin-, Laugen- und Kräuterbäder (41).

2. Die Wirtschaftsgebäude enthielten im Untergeschoß Kesselraum, Zisterne und Pumpenraum. Im Erdgeschoß lag die Desinfektionsanstalt mit Räumen für desinfizierte und nicht desinfizierte Gegenstände. Weiterhin befand sich dort ein Obduktions- und Arbeitsraum, der durch einen Aufzug mit dem Leichenkeller verbunden war. Die Obduktionen wurden ab 1919 von der neu geschaffenen Prosektur des "Bergmannsheil" Bochum aus vorgenommen. Neben dem Obduktionsraum gab es eine kleine Kapelle für Bestattungsfeierlichkeiten.

3. Das Isolierhaus befand sich vom übrigen Gebäudekomplex getrennt im nordöstlichen Teil des Grundstücks. Der eingeschossige Bau enthielt eine Infektionsabteilung für 8 Kranke und einen kleinen Operationssaal sowie eine Tuberkuloseabteilung für 10 Patienten. Jede Abteilung, in deren Zimmern höchstens drei

Betten standen, hatten einen getrennten Eingang sowie eigene Badezimmer und Teeküchen.

Das Chefarztwohnhaus lag dem Haupteingang direkt gegenüber an der Knappschaftsstraße. Die Gartenanlagen des Krankenhausgrundstückes waren parkartig gestaltet, um den Patienten Spaziergänge zu ermöglichen.

Die Baukosten für den Krankenhausneubau waren folgendermaßen aufgeschlüsselt:

Grunderwerbs- und Straßenausbaukosten	155.047,57 MK
Hauptgebäude	902.342,93 MK
Wirtschaftsgebäude	230.297,42 MK
Isoliergebäude	52.156,65 MK
Chefarztwohnhaus	50.486,49 MK
Nebenanlagen	84.173,48 MK
Inventar	198.923,24 MK
Bauleitungskosten	103.045,44 MK
Gesamtkosten	1.776.473,22 MK

Bei einer möglichen Maximalbelegung von 252 Betten hätte das einen Preis von 7.049,50 MK pro Bett bedeutet (64).

Die Leitung des Krankenhauses lag in den Händen des Chefarztes, der unter anderem verantwortlich war für die Anzeigepflicht, Isolierung und Desinfektion bei ansteckenden Krankheiten (176). Er überwachte die Geschäfte des ihm unterstellten Verwalters, der die kaufmännischen Arbeiten, das Verpflegungswesen, den maschinellen Betrieb und die Instandhaltung des Gebäudes zu leiten hatte.

Bei der Gründung des Hauses umfaßte das Anstaltspersonal:

- 1 Chefarzt, 4 Assistenzärzte, 1 Verwalter, 1 Sekretär,
- 1 Büroassistent, 1 Bürohilfe, 10 Schwestern,
- 1 Laboratoriumswärter, 1 Bademeister, 8 Wärter,
- 1 Ärztediener und Bote, 1 Küchenwärter, 1 Pförtner,
- 1 Maschinenmeister, 2 Heizer, 1 Gärtner, 2 Gärtnergehilfen,
- 2 Fensterputzer, 1 Wirtschaftlerin, 1 Köchin,
- 9 Dienstmädchen, 1 Wäscheaufseherin, 6 Putzfrauen,
- 1 Schälfräule, 2 Schneiderinnen.

Einen interessanten Einblick in die soziale Rangordnung des Krankenhauses gab der Speiseplan. Die erste der fünf Tagesverpflegungen mit zwei Fleischgängen war den Ärzten vorbehalten (6,--MK). Die zweite Tagesverpflegung war für einen Teil der Angestellten wie Verwalter, Sekretär und die Schwestern bestimmt (4,--MK). Die dritte Tagesverpflegung, die sich durch ein bescheideneres Frühstück auszeichnete, sollte für den größten Teil der Patienten bestimmt sein (2,--MK). Die Tagesverpflegung vier und fünf wurde den Patienten gereicht, die nur leichtere Kost verdauen konnten (2,--MK). Für die Patienten der ersten und zweiten Klasse gab es die Verpflegung eins und zwei. Verpflegung drei war für die Patienten der dritten Klasse bestimmt (177).

Speise-Kalender

für den 5. Mai 1909.

Bezeichnung der Tische	Anzahl der Teilnehmer	Bezeichnung der Speisen				
		I. Frühstück	II. Frühstück	Mittagessen	Vesper	Abendessen
I.	5	Kaffee mit Milch und Zucker. Weißbrot.	Bouillon mit Brot und Belag.	Hühnersuppe. Filetbraten. Erbsen, Kartoffel- röllchen. Gebr. Ente. Salat. Kompott. Nachtisch.	Kaffee mit Milch und Zucker. Weißbrot.	Kalte Platte.
II.	13	dto.	Kakao mit Brot und Belag.	Hühnersuppe. Filetbraten. Erbsen, Kartoffel- röllchen. Nachtisch.	dto.	dto.
III.	140	Kaffee mit Milch und Brot.	Kaffee mit Milch und bel. Brot.	Bouillon. Schweinebraten mit Kartoffeln. Spinat.	Kaffee mit Milch und Brot.	Kaffee und bel. Brot.
IV.	91	Milch und Weißbrot.	Milch und bel. Weißbrot.	Bouillon. Kalbsbraten. Kartoffelbrei und Spinat.	Milch und Weißbrot.	Milch und bel. Brot.
V.	25	dto.	dto.	Bouillon. Huhn mit Kartoffel- brei und Spargel. Pudding.	dto.	dto.

Abb. 18: Speise-Kalender für den 5. Mai 1909
im Knappschafts-Krankenhaus Gelsenkirchen-Ückendorf

III. DAS KNAPPSCHAFTSKRANKENHAUS GELSENKIRCHEN-ÜCKENDORF
VON DER ERÖFFNUNG IM JAHRE 1905 BIS ZUM JAHRE 1939

In den ersten Jahren von 1907 bis 1910 war ein kontinuierliches Ansteigen der stationär behandelten Patienten zu verzeichnen.

1907:	2.354
1908:	2.639
1909:	2.878
1910:	3.184

Von dem im Jahre 1911 neu aufgenommenen 3.111 Kranken wurden behandelt:

2.980 Kranke auf Rechnung des Allgemeinen Knappschaftsvereins
20 Kranke auf Rechnung der Sektion II der Knappschafts- Berufsgenossenschaft
111 Kranke auf Rechnung anderer Kassen und privat Aufge- nommener.

Die Anzahl der Pfllegetage betrug bei der

Krankenkasse:

a) Unfallverletzte	20.842	=durchschnittlich 27,2 Tage
b) sonstige Kranke	40.712	=durchschnittlich 22,5 Tage
Pensionskasse	1.205	=durchschnittlich 10,9 Tage

Invaliditäts- und
Alterskasse:

a) zur Beobachtung)		
b) zur Behandlung }	1.992	=durchschnittlich 18,6 Tage
Gesamtpflegetage:	<u>64.751</u>	

Von den im Jahre 1911 behandelten 790 Unfallverletzten verstarben nur 15. Obwohl das Krankenhaus als rein Chirurgische Klinik gebaut worden war, wurden von den Chirurgen zahlreiche Erkrankungen des Nervensystems, der Atmungs- und Kreislauforgane mitbehandelt (73).

Infektions- und parasitäre Krankheiten:

	Sa.	Ge- heilt	Ge- bessert	Un- ge- heilt	Ge- stor- ben
Scharlach	7	4	—	—	1
Masern und Röteln	1	1	—	—	—
Diphtherie	12	10	—	—	2
Mumps	1	—	1	—	—
Unterleibstypheus	9	8	—	—	—
Kinderlähmung	1	1	—	—	—
Rose	2	2	—	—	—
Lungen-Tuberkulose	46	8	14	11	7
Gelenk-	2	1	1	—	—
Knochen-	2	1	—	—	—
Drüsen-	5	4	1	—	—
Handwurzel-	1	1	—	—	—
Fußwurzel-	1	—	1	—	—
Darm-	2	—	1	—	1
Weichteil-	1	1	—	—	—
Influenza	65	62	1	—	—
ak. Gelenkrheuma	87	74	6	—	—
Tripper	9	7	2	—	—
weicher Schanker	3	3	—	—	—
Syphilis	14	5	6	2	—
Bandwurm	7	7	—	—	—
Krähe	60	60	—	—	—
Summa	338	260	34	13	11

Abb. 19: Statistik der Zahl der auf der Isolierstation behandelten Patienten im Jahre 1911 (74)

Bäder-Statistik für das Jahr 1913.

Betrifft	Bannenbäder	Dampfbäder	Kohlen säurebäder	Eisbäder	Electr. Bannenbäder	Sandbäder	Woolbäder	Fangobäder	Nichttem. Heilbäder	Schwefelbäder	Dampfbadungen	Reibstoungen	Kalte Stoungen	Halbbäder mit Überguß	Massage	Electr. Behandlungen	medico-mechanische Behandlungen	Sitzbäder
Die auf ärztliche Anordnung den im Krankenhaus untergebrachten Patienten verabreichten Bäder und die den vom Krankenhaus zur Ambulanz entlassenen Patienten verabreichten Bäder	108	80	589	42	251	—	4045	—	179	229	107	—	—	174	7557	2818	8852	—
Die an die von den Revierärzten zur ambulanten Behandlung überwiesenen Patienten verabreichten Bäder	—	525	14	155	—	—	1449	—	—	3	—	—	—	—	207	175	231	—
Aufnahmebäder	1544	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Za.	1647	605	608	197	251	—	5494	—	179	232	107	—	—	174	7764	2998	8883	—

Untersuchungen im Laboratorium im Jahre 1913.

Mikroskopische	7 980
Eiweiß, Zucker, Blut u. a.	10 210
Probefrühstüde	376
Zimmer-Desinfektionen	53
Wäsche-Desinfektionen	178
Zeichen-Einsargungen	74
Obduktionen	16

Abb. 20: Statistik der Leistungen in der Bäderabteilung und im Laboratorium im Jahre 1913 (75)

Im Laufe des Jahres 1913 wurde durch Ausbau einer Dachstation die Bettenzahl auf 280 erhöht.

Von den 3456 stationären Patienten im Jahre 1916 wurden 1.399 wegen innerer Krankheiten und 1.985 wegen Unfällen und Verletzungen behandelt. Von diesen konnten 2.834 geheilt oder gebessert entlassen werden. 163 Patienten blieben ungeheilt. Der Rest wurde im folgenden Jahr weiterbehandelt. Die stationäre Verweildauer betrug im Durchschnitt 26,2 Tage (179).

Während des ersten Weltkrieges wurden einige Stationen als Reservelazarett beansprucht. Dies wirkte sich aber nicht nachteilig auf den Betrieb des Hauses aus.

Im Jahre 1919 hatte sich bei 3.357 stationär behandelten Kranken das Verhältnis mit 1.288 Verletzten zu 2.069 Patienten mit inneren Krankheiten verschoben. Die durchschnittliche stationäre Verweildauer war auf 20,8 Tage gesunken (180).

Im Jahre 1927 standen nach der Erweiterung des Isolierhauses im Erdgeschoß 25 Betten für Patienten mit offener Lungentuberkulose und im Obergeschoß 33 Betten zum Teil für Geschlechtskranke zur Verfügung. Im Jahresdurchschnitt waren 339 Betten belegt. Im selben Jahr wurde auch eine Dampfdesinfektionsanlage in Betrieb genommen.

Durch den Ausbau des Dachgeschosses in den Jahren 1928/1929 konnte die Gesamtbettenzahl auf 389 gesteigert werden, so daß die Chirurgische Abteilung vergrößert werden konnte.

Am Ende der zwanziger Jahre wurde der Zandersaal demontiert. In den so gewonnenen Raum zog man eine Decke ein, wobei die untere Etage zur Erweiterung der Badeabteilung und die obere zur Vergrößerung der Chirurgischen Station A genutzt wurde. Bis zum Jahre 1930 hatte eine Station für Hautkranke mit 10 Betten bestanden, die zuerst im Obergeschoß des Haupthauses und später im Obergeschoß des Isolierhauses eingerichtet war. Diese Hautstation wurde bei der Einrichtung einer Abteilung für Innere Medizin im Isolierhaus aufgegeben. Da im Jahre 1929

die Anzahl der Patienten mit inneren Krankheiten auf 3.065 gestiegen und die Zahl der Verletzungen mit 1.241 fast gleich geblieben war, wurde im Jahre 1932 im 1.Obergeschoß des Hauptgebäudes und im aufgestockten Isolierhaus eine Innere Abteilung eröffnet (57).

In den Jahren 1931 bis 1932 stieg die Durchschnittsbelegung im Knappschaftskrankenhaus Gelsenkirchen-Ückendorf von 72% auf 89%.

Zur selben Zeit war die Belegung des "Bergmannsheil II" in Buer 98,5% (1931) und 97,9% (1932) (89).

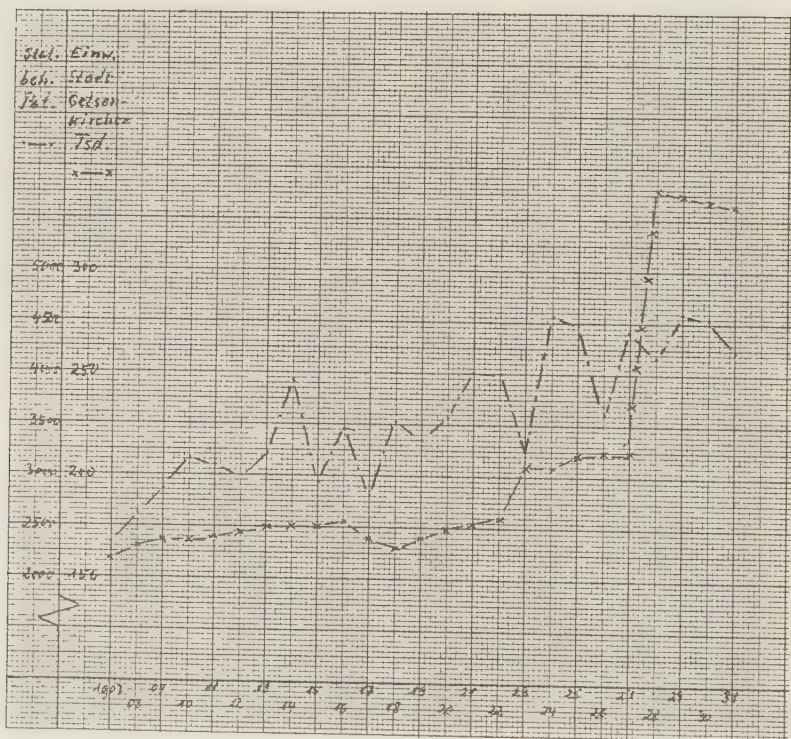


Abb. 21: Kurve der Einwohnerzahl Gelsenkirchens und die Zahl der im Knappschaftskrankenhaus Gelsenkirchen-Ückendorf behandelten Patienten von 1907 - 1931 (178)

IV. DAS KNAPPSCHAFTSKRANKENHAUS GELSENKIRCHEN-ÜCKENDORF VOM JAHRE 1939 BIS ZUM JAHRE 1976

1. Das Haus im zweiten Weltkrieg

Bis zum Jahre 1939 war das Äußere des Hauses unverändert geblieben. Am 8. Juni 1942 vernichteten Brandbomben das Dach- und 1. Obergeschoß des Mittelbaues vom Hauptgebäude. Der Wiederaufbau erfolgte während des Krieges und stand kurz vor seiner Vollendung, als am 6. November 1944 das gesamte Dachgeschoß, die Decke des 1. Obergeschosses und die Operationsräume durch Brandbomben erneut zerstört wurden.

Ende 1944 war die Zahl der belegbaren Betten auf 92 gesunken, von denen 60 Betten in dem im Jahre 1944 errichteten Bunker standen. Die restlichen Patienten waren im Gartenhaus untergebracht.

Am 16. Februar 1945 trafen Sprengbomben die Abwasserleitung zum Wirtschaftsflügel und am 27. Februar 1945 wurde das Schwesternhaus völlig zerstört und das Kessel- und Gartenhaus (ehem. Isolierhaus) schwer beschädigt. Die Schwestern mußten notdürftig in zwei benachbarten Privathäusern untergebracht werden. Abgesehen von leichten Schäden blieben erhalten: der Wirtschaftsflügel, die Röntgenabteilung, die interne Ambulanz und das Isolierhaus. Am Ende des Krieges konnte der Krankenhausbetrieb nur noch behelfsmäßig aufrecht erhalten werden, da nur 127 Betten belegbar waren, von denen sich fast die Hälfte in dem feuchten Luftschutzbunker befand (54).

2. Das Haus nach Kriegsende

Vom Herbst 1945 bis zum Frühjahr 1946 wurde für das 1. Obergeschoß eine Eisenbetondecke fertiggestellt, die die Wiederherrichtung der Stationen C und D ermöglichte. Im 1. Obergeschoß wurden die beiden Balkone des südlichen Seitenflügels in Loggien umgewandelt. Die über dem Haupteingang gelegene Kapelle wurde abgetragen und der Frontgiebel mußte deshalb auf den Hauptteil des Mittelbaues zurückversetzt werden. Das Dach der Eingangsarkaden wurde zu einem Balkon umgebaut.

Die Station C im 1.Obergeschoß, die am Anfang mit 101 Betten belegt war, zur Hälfte mit chirurgischen, zur Hälfte mit internen Patienten, wurde am 16.5.1947 eröffnet. Der Operationstrakt nahm im Juli 1948 seinen Betrieb wieder auf, nachdem der septische Operationssaal zeitweise im Bunker und auf der Station B im Erdgeschoß provisorisch eingerichtet war. Die Station D mit 68 Betten der Inneren Abteilung im 1.Obergeschoß wurde am 15.8.1948 wiedereröffnet. Am Ende des Jahres 1948 waren schon wieder 382 Betten belegbar.

Aus finanziellen Gründen konnte das Haus nicht mehr im alten Stil wiederaufgebaut werden, so daß von den ehemals 26 Giebeln nur noch 13 erhalten wurden.

Von 1945 bis 1949 stieg die Zahl der Bergleute im Gelsenkirchener Raum von 29.400 auf 43.000. Die Ruhrknappschaft mußte sich dieser Entwicklung durch den Ausbau des Dachgeschoßes des Haupthauses zu einem Vollgeschoß anpassen. Um den Stil des Hauses nicht völlig zu zerstören, wurde ein Mansardendach mit steilen Wänden und Schieferverkleidung gewählt. Eine Stahlskelettkonstruktion gab die Möglichkeit, genügend Fenster für die Krankenzimmer zu schaffen.

Die Station F wurde zu einer weiteren Chirurgischen Station ausgebaut und am 6.12.1951 eröffnet. Die Aufstockung des Hauptgebäudes mit der Einrichtung der Stationen hatte 1.550.000 DM gekostet.

Zur selben Zeit stockte man den Operationsflügel um ein Vollgeschoß auf, um Wohnungen und Aufenthaltsräume für die Ärzte zu gewinnen. Der Bunker wurde am 1.7.1949 geräumt und in die 2,50 m dicken Wände Fensteröffnungen gesprengt. Er mußte so "entmilitarisiert" werden, daß 15% der Außenfläche zu Fenstern gemacht wurden. Durch Einbau von Küchen, Bädern und Ärztezimmern entstanden die beiden Stationen I und K im Erd- und Obergeschoß mit je 18 Betten für Patienten mit inneren Krankheiten. Die neuen Stationen wurden am 2.1.1951 eröffnet (55).

Durch einen Anbau an das Gartenhaus im Jahre 1951 wurde Platz für weitere 20 Betten geschaffen.

Nach diesen Anbauten war die Bettenzahl von 389 vor dem Krieg auf 451 im Jahre 1951 gestiegen. Die Gesamtzahl der Röntgenaufnahmen war von 32.126 im Jahre 1946 auf 49.321 im Jahre 1951 angewachsen.

Für Ärzte und Angestellte baute die Ruhrknappschaft im Jahre 1950 zwei Wohnhäuser gegenüber der Klinik, die im Januar 1951 von acht Familien bezogen wurden.

Zu Beginn des Jahres 1953 wurde auf der Station B ein augenfachärztliches Untersuchungszimmer für einen konsiliarisch tätigen Knappschafts-Augenarzt eingerichtet, für den von der Inneren Abteilung 6 Betten zur Verfügung gestellt wurden.

Auf der Station F richtete man einen Untersuchungsraum für einen HNO-Arzt der Knappschaft ein.

1953 wurden im KK I erstmals Hüftkopfprothesen nach dem Verfahren von JUDET eingesetzt, bei dem man einen alloplastischen Hüftkopfersatz aus Acryl benutzte. Für dieses Verfahren mußte ein Spezialinstrumentarium angeschafft werden (183).

Die Leistungsstatistik des Jahres 1954 wies bei 450 Betten 155.339 Krankenpflegetage mit einer Bettenausnutzung von 94,5% aus. In der Ambulanz wurden 96.729 Patienten behandelt und in der Röntgenabteilung bei 88.772 Patienten Aufnahmen und Durchleuchtungen vorgenommen. In der geburtshilflichen Abteilung wurden 775 Kinder geboren.

Die Aufteilung der von 36 Ärzten überwachten Stationen für das Jahr 1954 zeigt folgende Auflistung:

Erdgeschoß	Station A	Chirurgische Männerstation
	Station B	" "
1.Obergeschoß	Station C ₁	" "
	Station C ₂	" Frauenstation
	Station D	Interne Männerstation
2.Obergeschoß	Station E	Gynäk.u.geburtshilfliche Station
	Station F	Chirurg. Männer- u. Frauenstation
Gartenhaus	Station G	Interne Frauenstation
	Station H	" "
Bunker	Station I	" Männerstation
	Station K	" "

Für die einzelnen Abteilungen standen im Jahre 1954 folgende Bettenzahlen bereit:

Chirurgie:	Männer	152 Betten
	Frauen	56 "
	Kinder	11 "
		<u>219 Betten</u>

Innere Krankheiten:	Männer	94 Betten
	Frauen	71 "
		<u>165 Betten</u>

Gynäkologie und Geburtshilfe:	Frauen	46 Betten
	Säuglinge	22 "
		<u>68 Betten</u>

Gesamtbettenzahl: 452 (56).

In den Jahren 1955 und 1960 wurden in den östlichen und südlichen Seitenflügeln die Loggien zugemauert und mit Fenstern versehen, um mehr Platz zu schaffen.

Am 18.1.1956 wurde in Anwesenheit der Chefärzte der anderen Knappschaftskrankenhäuser, des Oberbürgermeisters und einiger Bergwerksdirektoren das 50jährige Bestehen des Hauses gefeiert.

Da die Unterbringung der Röntgenabteilung im Sockelgeschoß des Hauptgebäudes unzureichend war, beschloß der Bauausschuß der Ruhrknappschaft am 6.3.1956, auf den ehemaligen Bunker eine moderne Röntgenabteilung zu setzen. Im 2.Obergeschoß sollte die Röntgendiagnostik, im 3.Obergeschoß die Röntgentherapie und im 4.Obergeschoß die Bestrahlungsräume und das Röntgenarchiv eingerichtet werden. In den beiden obersten Stockwerken sollten 36 Betten für Bestrahlungspatienten untergebracht werden. Die Raumaufteilung wurde so geplant, daß die Behandlungsräume in der Mitte zu einem Block zusammengefaßt waren, damit die Patienten über den ringförmig angeordneten Warteraum

direkt Zutritt zu den Behandlungsräumen hatten. Das Röntgenhaus konnte am 12.2.1959 seinen Betrieb aufnehmen.

Die freiwerdenden Räume der bisherigen Röntgenabteilung wurden genutzt, um die Apotheke neu einzurichten, neue Räume für die Krankenpflegeschule zu schaffen und die Bibliothek unterzubringen.

Ab Juli 1961 wurden von der Chirurgischen Abteilung 10 weitere Betten für orthopädisch zu behandelnde Patienten zur Verfügung gestellt. Im Verlauf des Jahres 1960 wurden die Stationen A (chirurg.Männer), B (chirurg.Männer), C (Orthopädie), F (chirurg. Frauen) und im Jahre 1962 die Stationen I und K im Bunker (Innere Medizin,Männer), die Stationen G und H im Gartenhaus (Innere Medizin,Frauen) für insgesamt 634.000,-- DM renoviert. Trotz dieser Investitionen wurde das KK I in einem Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts Düsseldorf (DKI) vom 19.7.1963 als veraltet beschrieben. Der OP-Bereich war zu klein, die Innere Abteilung über das Krankenhausareal verstreut und in ungeeigneten Räumen untergebracht. In der Badeabteilung waren Belichtung und Belüftung unzureichend. Entscheidend für die weitere Entwicklung des KK I war der Beschluß, das alte katholische Marienhospital Gelsenkirchens an der Kirchstraße zu schließen und stattdessen an der Virchowstraße nahe dem KK I einen Neubau zu errichten. Obwohl der Anteil der Knappschaftspatienten 1963 noch bei 70% lag, drohte trotz einer Bettenausnutzungszahl von 93,6% eine gefährliche Konkurrenzsituation (186).

Zum Ende des Jahres 1968 wurde die ehemalige Station M der Röntgenabteilung der Inneren Abteilung angegliedert. Die Interne Station A diente zur Vergrößerung der urologischen Abteilung.

Nach der Neuaufteilung der Stationen standen den einzelnen Abteilungen am 30.6.1969 folgende Bettenzahlen zur Verfügung:

Chirurgie	118	Betten	
Innere	132	"	
Röntgen	21	"	
Gynäkologie	70	"	(davon 22 Geburtshilfe und 22 f.Säuglinge)
Orthopädie	32	"	
Urologie	48	"	
Wachstation	8	"	

429 Gesamtbettenzahl (84).

Am 26.11.1970 beschloß der Vorstand der Bundesknappschaft, für die Röntgenabteilung eine Hochvolt-Bestrahlungsanlage zu kaufen, deren Kosten zu 70% vom Land NRW und zu 30% von der Stadt Gelsenkirchen getragen wurden.

Bei einem Gespräch zwischen Vertretern der Stadt Gelsenkirchen und der Bundesknappschaft am 9.8.1972 wurde beschlossen, wegen des im Bau befindlichen neuen Marienhospitals und des geplanten Klinikums der Ruhr-Universität Bochum, das den Süden Gelsenkirchens mitversorgen konnte, keinen Neubau des Knappschafts-Krankenhauses in Ückendorf zu errichten. Der Bettenausnutzungsgrad war von 93,5% (1962) auf 88,8% (1972) zurückgegangen. Der Anteil der knappschaftlich versicherten Patienten war von 71,8% (1962) auf 50,2% (1972) gefallen (187).

Auch die Einwohnerzahl Gelsenkirchens war im selben Zeitraum von 385.411 (1962) auf 339.662 (1972) gesunken, so daß mit dem neuen, größer geplanten Marienhospital nahe dem KK I sicher ein Überangebot an Krankenbetten geschaffen worden wäre. Aus diesem Grunde plante die Bundesknappschaft, ein neues Knappschaftskrankenhaus Nord im Raum Recklinghausen zu bauen, das auch die Knappschaftsmitglieder in Gelsenkirchen mitversorgen sollte.

Die Bundesknappschaft beschloß am 16.12.1974, das veraltete Gartenhaus mit 57 Betten der Inneren Abteilung zu schließen. Der dadurch entstandene Bettenverlust konnte durch die Auflösung der gynäkologischen Station zum größten Teil ausgeglichen werden. Die Patienten mußten bis dahin vom Gartenhaus durch den offenen Hof zur Röntgenabteilung gefahren werden. Die Türen in den Zimmern waren zu eng, um die Patienten in ihren Betten aus den Zimmern zu fahren. Es mußten so auch Schwerkranke für den Transport erst auf schmalere Betten gehoben werden.

Zum Ende des Jahres 1974 waren auf allen Abteilungen zusammen 369 Betten belegbar (188).

Im Dezember 1974 waren 413 Personen im KK I angestellt, davon 37 Ärzte und 134 Angestellte im Pflegedienst. Bei 5377 stationär behandelten Patienten gegenüber 6956 im Jahre 1964 war auch 1974 der Anteil der knappschaftlich versicherten Kranken auf 44,7% gefallen (189). Zur selben Zeit hatte das KK I mit 128,05 DM pro Tag nach dem "Bergmannsheil II" Buer den zweithöchsten Pflegesatz von allen Gelsenkirchener Krankenhäusern (190).

3. Die Ärzte der Chirurgischen Abteilung

Der erste Chefarzt des Hauses war Dr.KARL THOMAS von 1905 bis 1913.

In den Jahren 1914 bis 1923 hatte die Chefarztstelle Dr.WILHELM RADEFELD inne, der bis dahin als Oberarzt am "Bergmannsheil" Bochum tätig war.

Im Jahre 1923 wurde Chefarzt Dr.RADEFELD von Dr.FRITZ LINDE (1883-1954) abgelöst, der zuvor lange als Oberarzt im Hause tätig war.

Zu Beginn des Jahres 1947 wurde der chirurgische Oberarzt Dr.SCHÜRBUS von Dr.PLAUMANN abgelöst.

Im Jahre 1949 wurde Dr.PAUL-WERNER SPRINGORUM (geb.1910), der vorher am Universitätsklinikum Hamburg gearbeitet hatte, der Nachfolger des chirurgischen Chefarztes Dr.LINDE.

Am 30.6.1949 übernahm Oberarzt Dr.PLAUMANN eine Stelle im Knappschaftskrankenhaus in Bottrop. Sein Nachfolger wurde im November 1949 Dr.EBERLE.

Am 26.5.1957 schied der chirurgische Oberarzt Dr.EBERLE aus. Sein Nachfolger wurde Oberarzt Dr.HOFFMEYER.

Als zweiter chirurgischer Oberarzt wurde am 1.6.1965 Dr.KRUSE eingestellt, der bis zum 2.5.1971 im Hause blieb.

Ab April 1969 wurde die Chirurgische Abteilung von Chefarzt Privatdozent Dr.WILFRIED SCHRAMM (geb.16.5.1928) geleitet, der nach Promotion in Heidelberg (1953) von

1962 bis 1969 Oberarzt am "Bergmannsheil" Bochum war.
Im Jahre 1969 habilitierte er am Klinikum Essen.

Am 1.4.1972 trat als zweiter chirurgischer Oberarzt
Dr.SCHWIDDERGOLL seinen Dienst an (85).

4. Die Ärzte der Inneren Abteilung.

Zu Beginn des Jahres 1932 wurde die Innere Abteilung unter
der Leitung von Chefarzt Dr.PAUL RICKEN (1894-1977) eröffnet.
Im Jahre 1946 wurde Dr.HANS ALTHOFF (geb.1907) dessen Nach-
folger.

Die seit Kriegsende freie Oberarztstelle der Inneren Abteilung
wurde 1947 von Dr.ALTMANN besetzt (77).

Am 12.2.1951 wurde der Oberarzt der Inneren Abteilung,
Dr.ALTMANN, von Dr.PIEPER abgelöst (78).

Am 15.8.1954 schied Dr.PIEPER aus. Er wurde Chefarzt am
Knappschafts Krankenhaus Bochum-Langendreer. Sein Nachfolger
in Ückendorf wurde am 1.10.1954 Dr.V.MARTIUS (79).

Ab 1.9.1959 wurde Oberarzt Dr.V.Martius von dem inter-
nistischen Oberarzt Dr.DETERTS abgelöst (80).

Am 30.6.1967 verließ der langjährige Oberarzt der Inneren
Abteilung Dr.DETERTS die Klinik. Sein Nachfolger wurde am
1.9.1967 Dr.HÜNNEMEYER und als zweiter Oberarzt wurde zur
gleichen Zeit Dr.STRASSER angestellt.

Zu Beginn des Jahres 1974 übernahm Chefarzt Dr.FRITZ HÜNNE-
MEYER (geb.1929) bis zum 14.6.1975 die Leitung der Inneren
Abteilung. Sein Nachfolger wurde Dr.HANS PETER AHRENS
(geb. 1927).

5. Die Ärzte der Röntgenabteilung.

Im Jahre 1924 wurde eine große Röntgenabteilung unter der Leitung von Chefarzt Dr.FRIEDEMANN BOCK eröffnet.

Die weiteren Chefärzte der Röntgenabteilung waren von 1938 - 1945 Dr.FRANZ WILHELM KÖSTER (geb.1904) und von 1945 bis 1976 Dr.HEINZ WIESMANN (geb. 1910).

Als Oberarzt der Röntgenabteilung war seit 1961 Dr.TOUCHÉ beschäftigt, der 1976 Chefarzt wurde (81).

6. Die Entwicklung von Fachabteilungen am Knappschafts- krankenhaus Gelsenkirchen-Ückendorf.

a) Die Gynäkologische Abteilung.

Durch den Ausbau des Dachgeschoßes im Jahre 1949 wurde Platz für die beiden Stationen E und F mit zusammen 80 Betten gewonnen, durch die eine eigene Gynäkologische Abteilung mit Operations- und Kreissaal unter der Leitung von Dr.PAUL PIELKEN (geb.1910), der seit 1949 als gynäkologischer Chefarzt im Hause tätig war, geschaffen wurde. Diese neue Abteilung war wichtig, da die gynäkologischen Stationen der anderen Knappschafts-krankenhäuser und besonders das Haus in Essen-Steele überbelegt waren (182).

Als Oberarzt der gynäkologischen Abteilung arbeitete seit Anfang 1965 Dr.PREGLAU, der den seit dem 1.3.1961 angestellten Dr.EHLE ablöste.

Am 1.9.1967 wurde der gynäkologische Oberarzt Dr.PREGLAU von Dr.HAKOPIAUS abgelöst (83).

Mit dem Ausscheiden des gynäkologischen Chefarztes Dr.PIELKEN in den Ruhestand im April 1974 wurde die gynäkologische Abteilung geschlossen. Dr.PIELKEN war jedoch weiter konsiliarisch im KK I tätig. Die gynäkologische Versorgung war durch die Krankenhäuser in der Umgebung gesichert.

b) Die Urologische Abteilung.

Die Ruhrknappschaft besaß bis 1958 nur im Knappschaftskrankenhaus Bottrop eine Urologische Fachabteilung, die die ständig steigende Zahl der anfallenden Untersuchungen und Behandlungen für das ganze Ruhrgebiet vornahm. Die urologischen Rentenbegutachtungen konnten oft nur nach längerer stationärer Beobachtung erstattet werden. Die dauernde Überbelegung und die dadurch verlängerte Laufzeit der Rentenbegutachtungen sowie die langen Anmarschwege waren die Gründe für die Errichtung einer Urologischen Behandlungsstelle in den Kellerräumen der ehemaligen Röntgenabteilung unter der Leitung von Oberarzt Dr. ERICH KARL WILHELM (geb. 1921) (184).

Im Jahre 1965 wurde auf den Stationen B und C eine Urologische Abteilung mit 26 Betten unter der Leitung von Chefarzt Dr. KLAUS DIETER FUNK (geb. 1930) eingerichtet, der die Stelle des ausgeschiedenen urologischen Oberarztes Dr. WILHELM am 30.6.1965 besetzte.

Am 1.8.1970 wurde als urologischer Oberarzt Dr. TIMMERMANN angestellt, der bis zum 31.5.1972 im Hause blieb.

c) Die Orthopädische Abteilung.

Zum Ende des Jahres 1960 wurde auf der Station C eine selbständige Fachabteilung für Orthopädie mit 32 Betten unter der Leitung von Dr. HERMANN DARTMANN (geb. 1919) eröffnet. Schon 1953 war innerhalb der Chirurgischen Abteilung eine Orthopädische Station mit 15 Betten und einer Ambulanz eingerichtet worden. Es konnte jedoch nur ein Bruchteil der Behandlungsfälle angenommen werden, der Rest wurde in Vertragskrankenhäuser weitergeleitet.

d) Die Neurologische Ambulanz.

Im Februar 1961 wurde eine Neurologische Ambulanz mit Untersuchungs- und Warteraum unter der Leitung von Dr. KLAUS FRIEDRICH (geb. 1920) eröffnet. Die Ruhrknappschaft hatte bis dahin nur die Nervenabteilung des Knappschaftskrankenhauses in Bottrop und die

neurologisch-psychiatrische Untersuchungsstelle in Bochum-Langendreer, die beide Überlastet waren (185).

e) Die Einrichtung einer modernen Intensivstation.

Im Laufe des Jahres 1966 wurde auf der Station B eine moderne Intensivstation unter der Leitung von Chefarzt Dr. HERBERT RENN (1929-1978) eröffnet, der seit dem 15.4.1965 als Anästhesist im Hause tätig war (82).

f) Die Vertrauensärztliche Untersuchungsstelle.

Die Vertrauensärztliche Untersuchungs- und Beobachtungsstelle für die Knappschaftsbezirke in Gelsenkirchen und Wattenscheid war bis zu ihrer Zerstörung durch den Bombenangriff am 6.11.1944 in der Knappschaftszahlstelle in Gelsenkirchen, Schultestraße, untergebracht. Danach stellte das Krankenhaus drei enge Räume im Kellergeschoß zur Verfügung, wobei den Patienten ein schlecht belüfteter Kellergang als Warteraum diente.

Der Vorstand beschloß deshalb, im März 1954 ein Grundstück von der Rheinelbe-Bergbau-AG zu erwerben, das im Westen an das Krankenhaus angrenzte. Es wurde dort die neue Untersuchungsstelle als dreistöckiger Neubau errichtet. Das Hauptlabor des Krankenhauses und die EKG-Räume fanden ihren Platz im Sockelgeschoß. Im Erdgeschoß wurde die Untersuchungsstelle mit Warterräumen, im 1.Obergeschoß die interne Ambulanz untergebracht. Die Untersuchungsstelle, die im 1.Obergeschoß mit dem Westflügel des Hauptgebäudes verbunden war, nahm Ende 1955 ihren Betrieb auf. Die Aufgabe der Untersuchungsstelle war die Prüfung von Rentenansprüchen durch Krankheiten oder längeren Krankengeldzahlungen an Knappschaftsmitglieder.

g) Die Schwesternschaft.

Die Schwestern des Hauses sowie die am 1.7.1908 eröffnete Schwesternschule gehörten zur Westfälischen Schwesternschaft vom Roten Kreuz zu Gelsenkirchen. Ab März 1939 gehörten sie

zur DRK-Schwesternschaft "Ruhrland" mit dem Mutterhaus in Bochum-Langendreer, ab 1948 zur DRK-Schwesternschaft "Westfalen" mit dem Mutterhaus in Münster (181).

Da die Zahl der Schwestern auf 54 gestiegen war, wurde 1927 in unmittelbarer Nähe des Krankenhauses ein Schwesternwohnhaus gebaut.

Weil die Schwestern seit der Zerstörung ihres Wohnheimes in Privathäusern untergebracht waren, beschloß der Vorstand der Ruhrknappschaft in der Sitzung am 13.Oktober 1949 den Neubau eines Schwesternhauses.

Der auf den Fundamenten des alten Hauses errichtete, am 1.8.1951 eingeweihte Neubau, der auch die Krankenpflegeschule beherbergte, bot 90 Schwestern eine Wohnung, größtenteils in Einzelzimmern. Das Haus bestand aus einem Sockelgeschoß mit Haupteingang und Geschäftsräumen. Die drei oberen Geschosse enthielten Wohn- und Schlafräume. Die Küche und die Nebenräume lagen mit dem Speisesaal auf einer Stockwerksebene in einem niedrigen Anbau. Die Kapelle wurde ebenfalls als einstöckiger Anbau errichtet, da der Andachtsraum im Haupthaus mit 17 Betten belegt war.

V. DIE SCHLIESSUNG DES KRANKENHAUSES GELSENKRICHEN-ÜCKENDORF IM JAHRE 1977

Im August 1976 wurde das neue Marienhospital eröffnet, wodurch mit dem Knappschafts Krankenhaus, besonders in den spezifischen Angeboten Urologie und Strahlenheilkunde, eine Konkurrenzsituation entstand. Bei einer durchschnittlichen Krankenhauseinweisungshäufigkeit von 150 Krankenhauseinweisungen im Jahr je 1000 Einwohner und einer durchschnittlichen Verweildauer von 18,5 Tagen ergab sich für Gelsenkirchen bei einer durchschnittlichen Bettenausnutzung von 85% eine Planvorgabe von 2.930 Betten. Der Bettenbestand war also im August mit 3.600 in Gelsenkirchen überhöht (191).

In der Vorstandssitzung vom 22.6.1976 erklärte sich die Bundesknappschaft bereit, das "Bergmannsheil II" Buer zum 1.1.1977 von dem "Berufsgenossenschaftlichen Verein für Heilbehandlung und Berufshilfe 'Bergmannsheil Buer' in Bochum e.V." zu übernehmen. Gleichzeitig wurde beschlossen, das Knappschafts Krankenhaus in Ückendorf zum 1.1.1977 zu schließen (192). Das KK I wurde am 30.4.1977 endgültig geschlossen, nachdem die einzelnen Abteilungen mit dem größten Teil des Personals in das "Bergmannsheil II" Buer umgezogen waren.

Nach der Schließung wurde im Ambulanzgebäude eine zentrale Rentenbegutachtungsstelle eingerichtet. Im Sockelgeschoß wurden die Labor- und Röntgeneinrichtungen, im Erdgeschoß die Räume des sozialmedizinischen Dienstes und im Obergeschoß die Untersuchungsräume untergebracht (193).

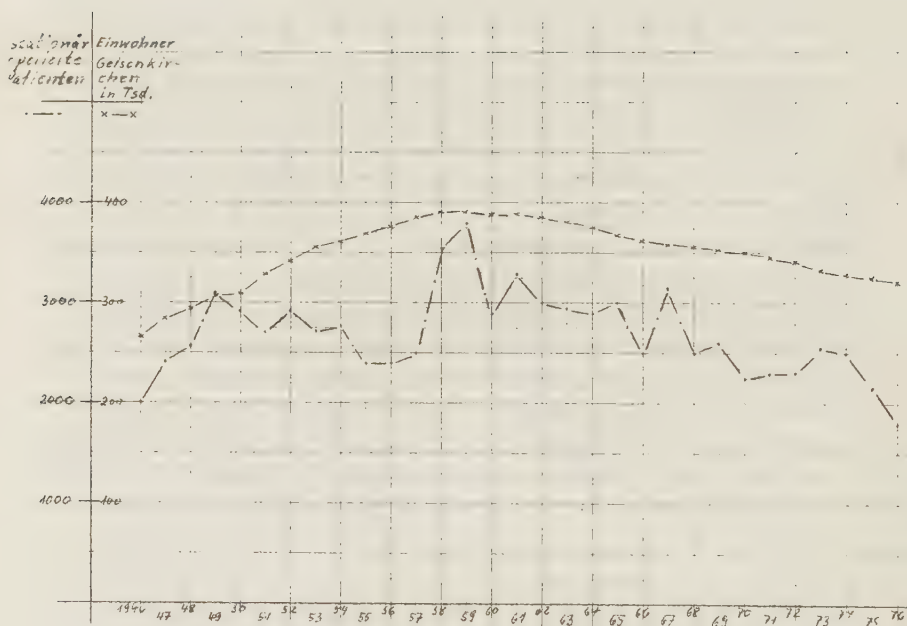


Abb. 22: Kurve der Einwohnerzahl Gelsenkirchens und der Zahl der stationär behandelten Patienten von 1946 bis 1976
(76)

Z U S A M M E N F A S S U N G Teil 2:

Bis zum Ende des letzten Jahrhunderts war die Zahl der Bergarbeiter im Ruhrgebiet auf 240.000 angestiegen. Der im Jahre 1890 gegründete Allgemeine Knappschaftsverein wollte seinen Mitgliedern eine Pflege gewähren, die besonders auf die mit dem Bergbau verbundenen Krankheiten ausgerichtet war.

Am 7. Januar des Jahres 1902 beschloß der Vorstand des Allgemeinen Knappschaftsvereins deshalb, je ein Krankenhaus in Gelsenkirchen-Ückendorf und Recklinghausen zu bauen.

Gegen Ende des Jahres 1905 wurde das Haus als rein Chirurgische Klinik mit 220 Betten nur für männliche Patienten eingeweiht. Durch den Ausbau des Dachgeschosses konnte die Gesamtbettenzahl bis 1929 auf 389 erhöht werden. Im Jahre 1932 wurde im ersten Obergeschoß des Hauptgebäudes eine Innere Abteilung eröffnet.

Im zweiten Weltkrieg wurde das Knappschafts Krankenhaus stark beschädigt, so daß 1945 nur noch 127 Betten belegbar waren, die Hälfte davon im Luftschutzbunker.

Im Jahre 1949 wurde eine Gynäkologische Abteilung mit Operations- und Kreissaal eingerichtet. Bis Ende 1951 waren nach dem Wiederaufbau und der Aufstockung des Hauptgebäudes 451 Betten verfügbar. Ende 1960 wurde eine Fachabteilung für Orthopädie mit 32 Betten und im Februar 1961 eine Neurologische Ambulanz eröffnet. Im Jahre 1965 wurde die seit 1958 bestehende Urologische Behandlungsstelle zu einer Fachabteilung mit 26 Betten ausgebaut.

Die stark gesunkene Zahl der Bergleute in Gelsenkirchen sowie die Eröffnung des neuen Marienhospitals in unmittelbarer Nähe im August 1976 führten am 30.4.1977 zur Schließung des Hauses, nachdem ein großer Teil des Personals und der Geräte vom "Bergmannsheil II" Buer übernommen wurde. Dieses Krankenhaus wurde mit dem in Gelsenkirchen-Ückendorf verschmolzen. Das Knappschafts Krankenhaus I hatte räumlich aufgehört, zu bestehen, wenngleich seine Tradition mit der des bisherigen Krankenhauses "Bergmannsheil II" der Bergbau-Berufsgenossenschaft verbunden worden war.

Die ersten Chefärzte des "Bergmannsheil II" Buer:

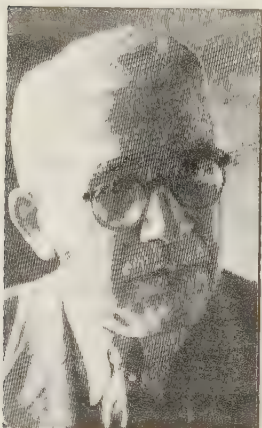


Abb.23: Dr.EMIL KOCH
(1884-1957)
Chefarzt der Chirurgischen
Abteilung von 1929 bis 1954

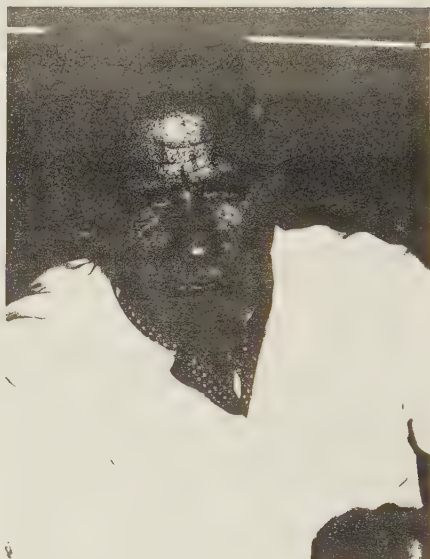


Abb.24 :
Dr.FRITZ WOLF (geb.1910)
Chefarzt der Chirurgischen
Abteilung von 1954 bis 1975

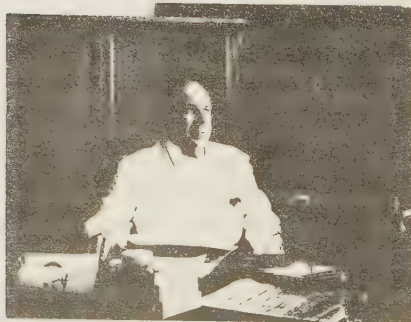


Abb.25 : Dr.WILHELM SILBERKUHL (1897-1976)
Chefarzt der Inneren-und Nervenabteilung
von 1934 bis 1963



Abb.26 :
Rückansicht des
"Bergmannsheil II"



Abb.27 :
Die Physikalische
Abteilung im
"Bergmannsheil II"



Abb.28:
Das Laboratorium
im "Bergmannsheil II"



Abb.29: Durchblick zum Schwesternhaus des
"Bergmannsheil II", gebaut am 1.8.1951



Abb.30: Der ehemalige Luftschutzbunker nach Umbau
zu einer Krankenstation, 1946



Abb.31: Das Knappschaftskrankenhaus Gelsenkirchen-Ueckendorf in seiner ursprünglichen Gestaltung im Jahre 1906, Vorderansicht



Abb.32: Rückansicht mit Operationsflügel vor der Aufstockung



Abb.33: Der Operationsflügel im Jahre 1951 nach der Aufstockung



Abb.34:
Der Haupteingang
mit Frontgiebel

LITERATURVERZEICHNIS

- A. Fundstellenangabe
- a) Namentlich benennbare Literatur und Quellenangaben
(1 - 38)
1. BÜLOW, W.:
Denkschrift zur Einweihung des neuen Verwaltungs-
gebäudes, 18.10.1910
Bochum 1910, S.6
 2. Ebd.:
S. 50/51
 3. CONZL, W.; HENSCH, V.:
Deutsche Geschichte, Epochen und Daten.
Verlag Ploetz, Freiburg, Würzburg 1979, S. 262
 4. Ebd.:
S. 263
 5. Ebd.:
S. 300
 6. EGG, E.; KIRNBAUER, F.:
Das Bruderhaus zu Schwaz.
Montan-Verlag, Wien 1963, S.18
 7. HAENSCH, R.:
Persönlicher Brief vom 19.2.1957 an Dr.E.Koch.
Herr Haensch war Werksarzt auf den Zechen Hugo
und Mathias Stinnes.
 8. KARWEHL, H.:
Die Entwicklung und Reform des deutschen Knappschafts-
wesens.
Gustav-Fischer-Verlag, Jena 1907, S.1-3
 9. Ebd.:
S. 1-3
 10. KOCH, E.:
Die Therapie der gewerblichen Kohlenoxydvergiftung.
Beiheft 17 zum Zentralblatt für Gewerbsbhygiene,
Verlag Julius Springer, Berlin 1928.(nicht im Handel)
 11. Ebd.:
Erste Hilfe und neuzeitliche Behandlungsmethoden bei
Unfallverletzungen.
Vortrag vor dem Landesverbandstag der deutschen land-
wirtschaftlichen Berufsgenossenschaft zu Breslau am
17.9.1926.
Verband der dt.landwirtschaftl.Berufsgenossenschaften,
Kassel, S.24

12. KOCH, E.:
Leitfaden für die Ausbildung in Erster Hilfe
(Laienersthilfe) bei Unfällen.
Herausgegeben vom Reichsverband der gewerblichen
Berufsgenossenschaften e.V. Berlin, 1941, S.6
13. Ebd.:
Persönliche Aufzeichnungen über das Bergmannsheil Buer,
S. 1
14. Ebd.:
S. 9
15. Ebd.:
S. 12
16. Ebd.:
S. 15
17. Ebd.:
S. 21
18. Ebd.:
S. 31
19. Ebd.:
S. 36d
20. Ebd.:
S. 36j
21. Ebd.:
S. 42
22. Ebd.:
S. 98
23. Ebd.:
S. 124
24. Ebd.:
S. 125
25. Ebd.:
S. 127
26. Ebd.:
S. 135
27. KÖHNE, A.:
Die deutschen Knappschaftsvereine.
Berlin 1915

28. KOLLMEIER, K.:
100 Jahre Evangelisches Krankenhaus Gelsenkirchen.
Festvortrag anlässlich der Jubiläumsfeier am 29.Okt.1972,
Gelsenkirchen, S.11
29. OSTERMANN, W.:
Die Geschichte der "Berufsgenossenschaftlichen Kranken-
anstalten Bergmannsheil Bochum".
Münster 1976, S. 48
30. Ebd.:
S.52
31. Ebd.:
S.198
32. PROEMPELER, O.:
Taschenbuch für Grubenbeamte des Steinkohlenbergbaus.
Düsseldorf 1970, S.211
33. SILBERKUHL, W.:
Persönlicher Brief an Dr.Koch vom 5.4.1957.
34. Ebd.
35. THIELMANN, H.:
Geschichte der Knappschaftsversicherung.
Asgard-Verlag, Bad Godesberg 1960, S. 11
36. Ebd.:
S.14,15
37. Ebd.:
S.47
38. WREDE, H.:
Geschichte des Knappschaftsarztes an der Ruhr.
Bochum-Gelsenkirchen 1978, S.6
- b) Anonyme Literaturangaben (alphabetisch, Stichworte
unterstrichen (39 - 72)
- Die Zeitschrift "Der Kompaß"- bis 1940 lautete der
Name "Der Kompaß" - wurde erstmals im Jahre 1886 als
"Organ der Knappschafts-Berufsgenossenschaft für das
Deutsche Reich" vom Vorstand der Knappsch.-BG in Berlin
herausgegeben. Seitdem sind bis zum Jahre 1975
85 Jahrgänge erschienen; Herausgeber ist seit 1945
die Bergbau-Berufsgenossenschaft Bochum.
39. O.V.:
Anzeigepflicht des Arztes bei Berufskrankheiten.
In Zeitschrift "Der Kompaß", Berlin, 44.Jahrg.1929,S.81

40. O.V.:
Denkschrift betr. den Bau des Krankenhauses I in Gelsenkirchen-Ückendorf für den Allgemeinen Knappschaftsverein in Bochum.
Bochum 1909, S. 1
41. Ebd.:
S.5 - 10
42. O.V.:
Das Krankenhaus Bergmannsheil II der Knappschafts-Berufsgenossenschaft in Ge.-Buer.
In Zeitschrift "Der Kompaß", Berlin, 44.Jahrg.1934,S.1
43. Ebd.:
S.1
44. Ebd.:
S.2
45. O.V.:
Das Krankenhaus Bergmannsheil II der Knappschafts-Berufsgenossenschaft in Ge.-Buer.
In Zeitschrift "Der Kompaß", Berlin,44.Jahrg. Nr.21
46. O.V.:
25 Jahre Berufsgenossenschaftliche Krankenanstalten Bergmannsheil Buer.
In Zeitschrift "Der Kompass", Bochum, 64.Jahrgang, 1954, Heft 10, S.2
47. O.V.:
40 Jahre Bergmannsheil Buer.
In Zeitschrift "Der Kompass", Bochum,79.Jahrgang, Oktober 1969, S.267
48. O.V.:
Fünfte Berufskrankheitenverordnung.
In Zeitschrift "Der Kompass", Bochum, 62.Jahrgang, 1952, S.169 f
49. O.V.:
Chefarztwechsel im Bergmannsheil Buer.
In Zeitschrift "Der Kompass", Bochum,64Jahrgang, 1954, S.2
50. O.V.:
Codex diplom. Sax.II 13.Nr.990
51. O.V.:
Grad der Erwerbseinbuße bei glattem Verlust von Körpergliedern nach Gewöhnung.
Knappschafts-Berufsgenossenschaft Bochum, 1938

52. O.V.:
40 Jahre Knappschafts Krankenhaus Gelsenkirchen.
Gelsenkirchener Allgemeine Zeitung, 12.6.1942
53. O.V.:
50 Jahre Knappschafts Krankenhaus Gelsenkirchen.
Ruhrknappschaft Bochum, 1953, S.5
54. Ebd.:
S.7
55. Ebd.:
S.13
56. Ebd.:
S.18/19
57. Ebd.:
S.19
58. O.V.:
Gesteinsstauberkrankungen (Silikose) als Berufskrankheit.
In Zeitschrift "Der Kompaß", Berlin, 44.Jahrgang, 1929,
S.37 f
59. O.V.:
Informationen der Bundesknappschaft.
Kurzdarstellung der Organisationen, Aufgaben und
Leistungen der Bundesknappschaft.
Bochum, September 1978
60. O.V.:
Das neue Schwesternhaus des Bergmannsheil Buer.
In Zeitschrift "Der Kompass", Bochum, 70.Jahrgang,
April 1960, S.78/79
61. O.V.:
Statistik der Staublungerkrankungen.
In Zeitschrift "Der Kompass", Bochum, 60.Jahrgang,
1950, S.18 f
62. O.V.:
Berufsgenossenschaftlicher Verein für Heilbehandlung
und Berufshilfe "Bergmannsheil Buer" in Bochum e.V.
In Zeitschrift "Der Kompass", Bochum, 85.Jahrgang,
1975, Sonderdruck.
63. O.V.:
Denkschrift zur Einweihung des neuen Verwaltungsgebäudes
18.6.1910.
Allgemeiner Knappschaftsverein, Bochum, S.75
64. Ebd.:
S.79/80

65. O.V.:
Ruhrknappschaft. Denkschrift zum Wiederaufbau des
Hauptverwaltungsgebäudes 1952.
Bochum, S.74
66. Ebd.:
S.74
67. Ebd.:
S.86
68. Ebd.:
S.119-123
69. Ebd.:
S.138
70. O.V.:
Zur Wiedereröffnung der modernisierten Stationen im
Bettenhaus der chirurgischen Klinik des Bergmannsheil
Buer.
Denkschrift der Bergbau-Berufsgenossenschaft,
Bochum 1973, S.2
71. O.V.:
Zur Wiedereröffnung der modernisierten Krankenstationen
in den Berufsgenossenschaftlichen Krankenanstalten
Bergmannsheil Buer.
Pressemitteilung der BBG, Bezirksverwaltung Bochum,
13.4.1973
72. Ebd.
- c) Ungedruckte Quellen
(Klinikberichte und Leistungsstatistiken chronologisch
nach Kliniken geordnet)
(73 - 156)
73. Auszug aus dem Verwaltungsbericht des Allgemeinen Knapp-
schaftsvereins des Knappschaftskrankenhauses Gelsen-
kirchen.
Bochum 1911, S.1/2
74. Ebd.:
S.4
75. Ebd.:
1913, S.14
76. Leistungsstatistik des Knappschaftskrankenhauses Gelsen-
kirchen 1946-1976.
Akten Nr.7061, 7062 Ruhrknappschaft Bochum, Abt.5

77. Leistungsstatistik des Knappschaftskrankenhauses Gelsenkirchen.
Akten Nr.7062, Ruhrknappschaft Bochum, Abt.5
78. Ebd.: 1951
79. Ebd.: 1954
80. Ebd.: 1959
81. Ebd.: 1965
82. Ebd.: 1966
83. Ebd.: 1967
84. Ebd.: 1969
85. Ebd.: 1972
86. Jahresberichte der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Bergmannsheil II in Buer von Oktober 1929 bis Ende 1932.
In:"Jahresberichte der Chirurgischen Abteilung Bergmannsheil II.1929-1932", S.14
87. Ebd.: S.14
88. Ebd.: S.19
89. Jahresberichte der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Bergmannsheil II in Buer 1929 bis 1932.
In:"Jahresberichte der Chirurgischen Abteilung Bergmannsheil II. 1929 bis 1953",S.19
90. Jahresbericht der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Bergmannsheil II. 1933.
In:"Jahresberichte der Chirurgischen Abteilung Bergmannsheil II.1929-1933", S.2
91. Ebd.: S.3
92. Ebd.: S.4
93. Geschäftsbericht für das Jahr 1933.
Sektion II der Knappschafts-Berufsgenossenschaft, Bochum 1934
94. Jahresbericht der Chirurgischen Abteilung des Bergmannsheil II. 1935
In:"Jahresberichte der Chirurgischen Abteilung Bergmannsheil II.1929-1953" S.2
95. Ebd.: 1936, S.4
96. Ebd.: 1937, S.4
97. Ebd.: 1937, S.5
98. Ebd.: 1937, S.5
99. Ebd.: 1937, S.8

100. Jahresbericht der Chirurgischen Abteilung
des Bergmannsheil II. 1946/1947
In: "Jahresberichte der Chirurgischen Abteilung
Bergmannsheil II. 1929-1953", S.3
101. Ebd.: 1946-1953
102. Ebd.: 1949, S.1-2
103. Ebd.: 1950, S.1-2
104. Ebd.: 1952, S.1-6
105. Ebd.: 1952, S.5
106. Ebd.: 1953, S.5
107. Jahresberichte der Chirurgischen Abteilung
des Bergmannsheil II. 1954-1974
108. Ebd.: 1955, S.1-10
109. Ebd.: 1956, S.6
110. Ebd.: 1957, S.2
111. Ebd.: 1961, S.3
112. Ebd.: 1961, S.7
113. Ebd.: 1962, S.1
114. Ebd.: 1963, S.4
115. Ebd.: 1963, S.5
116. Ebd.: 1964, S.1
117. Ebd.: 1964, S.1
118. Ebd.: 1965, S.8
119. Ebd.: 1966, S.5/6
120. Ebd.: 1967, S.5
121. Ebd.: 1969, S.5
122. Ebd.: 1969, S.12/13
123. Ebd.: 1970, S.2
124. Ebd.: 1974, S.7
125. Ebd.: 1974, S.11
126. Jahresbericht der Inneren- und Nervenabteilung des
Krankenhauses Bergmannsheil II in Buer vom
1.3. bis 31.12.1934
In: "Jahresberichte der Inneren Abteilung Bergmanns-
heil II", 1934, S.7
127. Ebd.: S.8f
128. Ebd.: S.9
129. Ebd.: 1935, S.7-10
130. Ebd.: 1937, S.4/5

131. Jahresberichte der Inneren- und Nervenabteilung
des Krankenhauses Bergmannsheil II in Buer 1945-1955.
In: "Jahresberichte der Inneren Abteilung Bergmanns-
heil II".
132. Ebd.: 1946, S.6
133. Ebd.: 1950, S.6,20
134. Ebd.: 1952, S.6/7
135. Ebd.: 1952, S.14
136. Ebd.: 1953, S.1-9
- 137.: Ebd.: 1954, S.1-5
138. Jahresberichte der Inneren- und Nervenabteilung
des Krankenhauses Bergmannsheil II in Buer 1949-1974.
In: "Jahresberichte der Inneren Abteilung Bergmanns-
heil II".
139. Ebd.: 1955, S.1,2,12
140. Ebd.: 1955, S.10
141. Ebd.: 1956, S.12
142. Ebd.: 1957, S.4/5
143. Ebd.: 1958, S.8/9
144. Ebd.: 1962, S.1,4
145. Jahresberichte der Medizinischen und Neurologischen
Klinik der Berufsgenossenschaftlichen Krankenanstalten
Gelsenkirchen-Buer, 1955 bis 1974.
In: "Jahresberichte der Inneren Abteilung
Bergmannsheil II".
146. Jahresberichte der Medizinischen und Neurologischen
Klinik der Berufsgenossenschaftlichen Krankenanstalten
Gelsenkirchen-Buer, 1960 bis 1970.
In: "Jahresberichte der Inneren Abteilung
Bergmannsheil II".
147. Jahresberichte der Medizinischen und Neurologischen
Klinik der Berufsgenossenschaftlichen Krankenanstalten
Gelsenkirchen-Buer, 1962 bis 1974.
In: "Jahresberichte der Inneren Abteilung
Bergmannsheil II".
148. Ebd.: 1963, S.1-3
149. Ebd.: 1965, S.1-7
150. Ebd.: 1966, S.1/2
151. Ebd.: 1970, S.1-5
152. Ebd.: 1972, S.1f
153. Krankenhäuser der Bundesknappschaft Bochum.
Informations- und Geschäftsbericht 1977.
Knappschaftskrankenhaus Gelsenkirchen-Buer, S.VI 3

154. Krankenhäuser der Bundesknappschaft Bochum.
Informations- und Geschäftsbericht 1978.
Knappschaftskrankenhaus Gelsenkirchen-Buer, S.VI 1-5
155. Ebd.: 1978, S. VI 6
156. Gemeinsamer Jahresbericht 1978 der Berufsgenossenschaftlichen
Rehabilitierungseinrichtungen,
Bochum, S.10
- d) Sitzungsniederschriften des Vorstandes der Sektion II
der Knappschafts-Berufsgenossenschaft.
(Archiv der Bergbau-Berufsgenossenschaft, Bochum)
(157 - 166)
157. Sitzungsniederschrift des Vorstandes der Sektion II
der Knappschafts-Berufsgenossenschaft.
Sitzung Nr. 816 30.November 1926
158. Ebd.: Sitzung Nr. 818 11. März 1927
159. Ebd.: Sitzung Nr. 822 22.Juli 1927
160. Ebd.: Sitzung Nr. 825 10.Januar 1928
161. Ebd.: Sitzung Nr. 827 16.März 1928
162. Ebd.: Sitzung Nr. 830 25.Juli 1928
163. Ebd.: Sitzung Nr. 834 28.Februar 1929
164. Ebd.: Sitzung Nr. 835 4.April 1929
165. Ebd.: Sitzung Nr. 838 29.Juli 1929
166. Ebd.: Sitzung Nr. 839 18.Oktober 1929
- e) Akten aus dem Bestand des Archivs der Bergbau-
Berufsgenossenschaft, Bochum. (167 - 175)
167. Personalbestand des Bergmannsheil Buer zum 31.12.1974.
Berufsgenossenschaftlicher Verein für Heilbehandlung
und Berufshilfe "Bergmannsheil Buer" in Bochum e.V.
Akten Nr. 101.01
168. Vorstandssitzung des Berufsgenossenschaftlichen Vereins
für Heilbehandlung und Berufshilfe "Bergmannsheil Buer"
in Bochum e.V. v.7.6.1975,
Akten nr. 020. S.9
169. Sitzung des Wirtschaftsausschusses des Berufsgenossen-
schaftlichen Vereins für Heilbehandlung und Berufs-
hilfe "Bergmannsheil Buer" in Bochum e.V. v.16.12.1975,
Akten Nr. 021,S.2/3 Punkt 2
170. Ebd.: S.4

171. Routinebesprechung der Geschäftsführung des Berufs-
genossenschaftlichen Vereins für Heilbehandlung
und Berufshilfe "Bergmannsheil Buer" in Bochum e.V.
am 12.1.1976,
Akten Nr. 101.04, S.2
172. Besprechung der Geschäftsführung des Berufsgenossen-
schaftlichen Vereins für Heilbehandlung und Berufs-
hilfe "Bergmannsheil Buer" in Bochum e.V. am 25.3.1976,
Akten Nr. 101.10 S. 1/2
173. Vorstandssitzung des Berufsgenossenschaftlichen Vereins
für Heilbehandlung und Berufshilfe "Bergmannsheil Buer"
in Bochum e.V. am 18.5.1976,
Akten Nr. 020 S.4 Punkt 3
174. Wirtschaftlichkeitsprognose und Konzept für Struktur und
Betriebsführung des Hauses Bergmannsheil Buer.
Berufsgenossenschaftlicher Verein für Heilbehandlung
und Berufshilfe "Bergmannsheil Buer" in Bochum e.V.
4.6.1976
Akten Nr. 121,59 S.10
175. Vorstandssitzung des Berufsgenossenschaftlichen Vereins
für Heilbehandlung und Berufshilfe "Bergmannsheil Buer"
in Bochum e.V. am 24.9.1976
Akten Nr. 020 S.2

f) Akten aus dem Stadtarchiv Gelsenkirchen (176 - 180)

176. Dienstanweisung für die Chefärzte der Knappschafts-
krankenhäuser.
Allgemeiner Knappschaftsverein, Bochum 1906
Akten Nr. 0/XXII 7/3
177. Plan für die Besichtigung von Krankenhäusern und ähnlichen
Anstalten durch den königlichen Kreisarzt.
Allgemeiner Knappschaftsverein, Bochum 1910
Akten Nr. 2114
178. Plan für die Besichtigung von Krankenhäusern und ähnlichen
Anstalten durch den Kreisarzt zu Gelsenkirchen.
Allgemeiner Knappschaftsverein, Bochum 1907-1931
Akten Nr. 0/XXII 7/3
179. Ebd.: 1916
180. Ebd.: 1919

g) Akten aus dem Archiv der Bundesknappschaft Bochum
(181 - 193)

181. Krankenpflegeschule Knappschaftskrankenhaus Gelsenkirchen.
Ruhrknappschaft Bochum, Abt.5, 1948
Akten Nr. 7041

182. Errichtung, Erweiterung, Charakter, Bettenzahl, Sonderausstattungen des Knappschaftskrankenhauses Gelsenkirchen. Oktober 1945 bis Dezember 1959. Band I.
Ruhrknappschaft Bochum, Abt.5
Akten Nr. 7001
183. Ebd.: 1953
184. Protokoll der Sitzung des Kurausschusses vom 13.11.1958
Ruhrknappschaft Bochum, Abt.5
Akten Nr. 7001
185. Errichtung, Erweiterung, Charakter, Bettenzahl, Sonderausstattungen des Knappschaftskrankenhauses Gelsenkirchen. 1961.
Ruhrknappschaft Bochum, Abt.5
Akten Nr. 7001, Band 2
186. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts Düsseldorf.
Ruhrknappschaft Bochum, Abt.5, 19.7.1963
Akten Nr. 7001
187. Aktenvermerk über ein Gespräch zwischen der Bundesknappschaft und Vertretern der Stadt Gelsenkirchen am 9.8.1972 in Bochum-Langendreer.
Ruhrknappschaft Bochum, Abt.5
Akten Nr. 7001, Band 2
188. Protokoll der Sitzung des Kurausschusses vom 16.12.1974.
Ruhrknappschaft Bochum, Abt.5
Akten Nr. 7001
189. Belegungsbericht des Knappschaftskrankenhauses Gelsenkirchen, 1974.
Ruhrknappschaft Bochum, Abt.5
Akten Nr. 7201
190. Selbstkostenberechnung des Knappschaftskrankenhauses Gelsenkirchen, 1974.
Bundesknappschaft Bochum, Dezernat V 2
Akten Nr. 7060, Band 3
191. Brief der Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassen in Gelsenkirchen an die Geschäftsführung der Bundesknappschaft.Gelsenkirchen, 10.3.1976
Bundesknappschaft Bochum, Abt.5
Akten Nr. 7001
192. Sitzung des Vorstandes der Bundesknappschaft v.22.6.1976.
Bundesknappschaft Bochum, Abt.5
Akten Nr. 7001, Band 2
193. Sitzung des Bauausschusses der Bundesknappschaft v.10.12.1976.
Bundesknappschaft Bochum, Abt.5
Akten Nr. 7001, Band 2
194. 10 Jahre Bundesknappschaft.
Herausgegeben von der Bundesknappschaft Bochum.
Wirtschaftsdienst-Verlag 1979, Frankfurt/Main

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

	<u>Seite</u>
Abb. 1: Ablichtung aus dem Gästebuch der Kranken- anstalten "Bergmannsheil II" Buer	15
Abb. 2: Grundriß des "Bergmannsheil II" Buer aus dem Jahre 1929	16
Abb. 3: Durchschnittsbelegung der größeren Kranken- häuser in Gelsenkirchen-Buer 1930 - 1932	23
Abb. 4: Kurven des Leistungsstandes der Chirurgischen Abteilung in den Jahren 1929 bis 1937	25
Abb. 5: Kurven der Zahl der in den Jahren 1946 bis 1953 stationär behandelten Patienten, der chirurgischen Gutachten und der Operationen	29
Abb. 6: Kurven der Zahl der in den Jahren 1946 bis 1953 angefertigten Röntgenaufnahmen, der Laboruntersuchungen und der vorgestellten Patienten in der Ambulanz	30
Abb. 7: Kurven der Zahl der in den Jahren 1954 bis 1974 stationär behandelten Patienten in der Ambulanz, der angefertigten Röntgenaufnahmen und der Behandlungen in der Bäderabteilung	51
Abb. 8: Kurven der Zahl der in den Jahren 1937 bis 1954 angelegten Silikose-Gutachten, Unfall- gutachten, Anlege- und Gesteinshauernach- untersuchungen	62
Abb. 9: Grundriß des Kellergeschosses der 1953 eröffneten Inneren Klinik	67
Abb.10: Grundriß des Erdgeschosses der 1953 eröffneten Inneren Klinik	68
Abb.11: Lageplan der Berufsgenossenschaftlichen Krankenanstalten "Bergmannsheil II" Buer im Jahre 1929	69
Abb.12: Kurve der Zahl der 1945 bis 1955 auf der Inneren Abteilung stationär behandelten Patienten	70
Abb.13: Kurve der auf der Inneren Abteilung von 1950 bis 1974 angefertigten Elektro- kardiogramme	73

	<u>Seite</u>
Abb.14: Kurven der Zahl der behandelten Fälle von Silikose, Silikotuberkulose und Herzkreislaufferkrankungen in der Inneren Abteilung von 1960 bis 1970	77
Abb.15: Kurve der prozentualen Anteile der BBG und anderer Berufsgenossenschaften (BG) und der Bundesknappschaft in der Inneren Abteilung von 1962 bis 1974	79
Abb.16: Kurve der Zahl der von 1955 bis 1974 auf der Inneren Abteilung stationär behandelten Patienten	80
Ab.17: Grundriß des Knappschaftskrankenhauses Gelsenkirchen-Ückendorf im Jahre 1906	110
Abb.18: Speise-Kalender für den 5.Mai 1909 des Krankenhauses Gelsenkirchen-Ückendorf	115
Abb.19: Statistik der Zahl der auf der Isolierstation behandelten Patienten im Jahre 1911	117
Abb.20: Statistik der Leistungen in der Bäderabteilung und im Laboratorium für das Jahr 1913	118
Abb.21: Kurve der Einwohnerzahl Gelsenkirchens und der Zahl der im Knappschafts Krankenhaus Ge.-Ückendorf stationär behandelten Patienten von 1907 bis 1931	120
Abb.22: Kurve der Einwohnerzahl Gelsenkirchens und der Zahl der stationär behandelten Patienten von 1946 bis 1976	134
<u>Fotos:</u>	
Abb.23: Dr.Emil Koch (1884-1957), Chefarzt der Chirurgischen Abteilung von 1929 bis 1954	136
Abb.24: Dr.Fitz Wolf (geb.1910), Chefarzt der Chirurgischen Abteilung von 1954 bis 1975	136
Abb.25: Dr.Wilhelm Silberkuhl (1897-1976), Chefarzt der Inneren- und Nervenabteilung von 1934 bis 1963	136
Abb.26: Rückansicht des "Bergmannsheil II"	137
Abb.27: Die Physikalische Abteilung im "Bergmannsheil II"	137

	<u>Seite</u>
Abb.28: Das Laboratorium im "Bergmannsheil II"	137
Abb.29: Durchblick zum Schwesternhaus des "Bergmannsheil II", gebaut am 1.8.1951	138
Abb.30: Der ehemalige Luftschutzbunker nach Umbau zu einer Krankenstation, 1946	138
Abb.31: Das Knappschafts Krankenhaus Gelsenkirchen- Ückendorf in seiner ursprünglichen Ge- staltung im Jahre 1906, Vorderansicht	139
Abb.32: Rückansicht mit Operationsflügel vor der Aufstockung	139
Abb.33: Der Operationsflügel im Jahre 1951 nach der Aufstockung	140
Abb.34: Der Haupteingang mit Frontgiebel	140

Am Schluß meiner Arbeit möchte ich
Herrn Prof.Dr.med.habil.Erich PÜSCHEL,Lehrbeauftragtem
für Geschichte der Medizin an der Ruhr-Universität Bochum,
für die Überlassung des Themas, die vielen Anregungen
und Ratschläge sowie für die freundliche Unterstützung
bei der Bearbeitung des Themas sehr danken.

Für die freundliche Überlassung von "Bergmannsheil"-Akten
möchte ich Herrn H.-P.STOCKHAUSEN von der Bezirksverwaltung
der Bergbau-Berufsgenossenschaft meinen Dank aussprechen.

Herrn Direktor Willi KRAMPE, Mitglied der Geschäftsführung
der Bundesknappschaft, danke ich sehr für die freundliche
Überlassung von Akten der Bundesknappschaft.

Herrn Chefarzt Dr.med.Werner TOUCHÉ, dem Leiter der
Röntgenabteilung des "Bergmannsheil II", danke ich für
die freundliche Überlassung mehrerer Fotografien.

LEBENS LAUF

STETTER Georg, August-Schmidt-Ring 40, 4354 Datteln
geb. 14.05.56 in Datteln

Eltern: Vater: Hugo Stetter, geb. 05.12.1923
Mutter: Hermine Stetter geb. Dörflinger, geb. 24.05.1927

Schule: Volksschule in Datteln
1963 - 1967
Gymnasium in Datteln
1967 - 1976

Ausbildung: Ruhruniversität Bochum
1976 - 1978
Gesamthochschule Essen (Universitäts-Klinikum)
1978 - 1982

Tätigkeit: Assistenzarzt am Knappschafts-Krankenhaus Dortmund
in der Röntgenabteilung
seit Dezember 1982

